

EDUCATION/ÉTUDES

HIGH SCHOOL/SECONDAIRES	
Name of the institution Nom de l'institution _____	Diploma/Certificate Diplôme/Certificat
Address Adresse _____	Grade Année _____
UNIVERSITY/UNIVERSITAIRES	
Name of the institution Nom de l'institution _____	Degree/Degré
Address Adresse _____	_____
From/De 20 ____ To/A 20 ____	_____
COMMUNITY COLLEGE/COLLEGE COMMUNAUTAIRE	
Name of the institution Nom de l'institution _____	Diploma/Certificate Diplôme/Certificat
Address Adresse _____	_____
From/De 20 ____ To/A 20 ____	_____
OTHERS/AUTRES	
Name of the institution Nom de l'institution _____	Diplomas/Diplômes
Address Adresse _____	_____
From/De 20 ____ To/A 20 ____	_____
List other special training completed (eg. seminars, conferences, workshops, etc) that is relevant to position applied for. Indiquez toute autre formation pertinente à l'emploi postulé (p.ex, séminaires, conférence, ateliers, etc.)	

Cardio Pulmonary Resuscitation Level "C" Heart Saver Plus Réanimation Cardio-Respiratoire	<input type="checkbox"/> Effective Date Date d'entrée en vigueur _____
Emergency First Aid (8 hour program) Soin de Première Urgence (programme de 8 heure)	<input type="checkbox"/> Effective Date Date d'entrée en vigueur _____
Non-Volent Crisis Intervention Intervention non-violente en situation de crise	<input type="checkbox"/> Effective Date Date d'entrée en vigueur _____

EMPLOYMENT HISTORY / ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

Please list in order beginning with present (or last) position first.

Veuillez indiquer les postes que vous avez occupés antérieurement, en commençant par le plus récent.

<u>Employer/Employeur</u> Name/Nom _____ Address/Adresse _____ Telephone Téléphone _____ Type of work Genre de travail _____	Employed/Employé _____ from/du _____ to/au _____ Reason for Leaving/Motif du départ _____ _____ May we contact the Employer?/ Permettez-vous un contact avec l'employeur? _____
<u>Employer/Employeur</u> Name/Nom _____ Address/Adresse _____ Telephone Téléphone _____ Type of work Genre de travail _____	Employed/Employé _____ from/du _____ to/au _____ Reason for Leaving/Motif du départ _____ _____ May we contact the Employer?/ Permettez-vous un contact avec l'employeur? _____
<u>Employer/Employeur</u> Name/Nom _____ Address/Adresse _____ Telephone Téléphone _____ Type of work Genre de travail _____	Employed/Employé _____ from/du _____ to/au _____ Reason for Leaving/Motif du départ _____ _____ May we contact the Employer?/ Permettez-vous un contact avec l'employeur? _____
<u>Employer/Employeur</u> Name/Nom _____ Address/Adresse _____ Telephone Téléphone _____ Type of work Genre de travail _____	Employed/Employé _____ from/du _____ to/au _____ Reason for Leaving/Motif du départ _____ _____ May we contact the Employer?/ Permettez-vous un contact avec l'employeur? _____

<p>I understand that misrepresentation in any of the above statements will result in the cancellation of this application, and if I am employed will be cause for dismissal. I further understand that if I am accepted, my employment will be on probationary for the first six months, I will submit to a medical examination if requested to do so, and I will join the mandatory benefits plan when eligible to do so. I also understand that on termination of my service, by myself or by Sara Riel Inc. I will give the required written notice, or in turn receive written notice unless termination is for cause.</p> <p>I AUTHORIZE SARA RIEL INC. TO VERIFY ALL STATEMENTS IN THIS APPLICATION AND TO CONTACT MY PREVIOUS EMPLOYERS FOR REFERENCES AS INDICATED ABOVE.</p>	<p>Il est entendu qu'une assertion inexacte dans n'importe lesquelles des déclarations ci-dessus aura pour effet l'annulation de cette demande d'emploi et que si je suis embauché(e), une assertion inexacte est un motif pour mon renvoi. En plus, il est convenu que si je suis embauché(e), j'accepte d'être en période d'essai pour les six premiers mois, de participer au plan d'avantages obligatoires lorsqu'admissible. Il est aussi entendu qu'advenant une mise à pied de la part de Sara Riel Inc. ou d'un départ volontaire de ma part, un avis écrit sera remis de part et d'autre à moins que le renvoi soit justifié.</p> <p>J'AUTORISE SARA RIEL INC. À VÉRIFIER TOUTES LES DÉCLARATIONS CONTENUES DANS CETTE DEMANDE ET À COMMUNIQUER AVEC MES PATRON PRÉCÉDENTS POUR OBTENIR DES RÉFÉRENCES TEL QU'INDIQUE CI-DESSUS.</p>
DATE _____ 20 _____	Signature _____

APPLICANT - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE / N'ÉCRIVEZ PAS SOUS CETTE LIGNE

Interviewers _____ Date _____
Responsable de L'entrevue: _____ Date: _____ 20 _____

TO BE FILLED AT TIME OF EMPLOYMENT/POUR ÊTRE REMPLI AU DÉBUT D'EMBAUCHAGE

Date Employed _____	Position _____	
Date D'Embauche _____ 20 _____	Poste _____	
Department Code _____	Program Name _____	Program Code _____
Code du Département _____	Nom du Programme _____	Code du Programme _____
Salary _____	Date of Birth _____ / ____ / ____ / ____ /	
Salaire _____	Date De Naissance _____ year mth. Day année mois jour	
Status: <input type="checkbox"/> Full Time	Marital Status: <input type="checkbox"/> Single	
Statut: <input type="checkbox"/> Temps Plein	Stat Civil: <input type="checkbox"/> Célibataire	
<input type="checkbox"/> Part Time	<input type="checkbox"/> Married	
<input type="checkbox"/> Temps Partiel	<input type="checkbox"/> Marié	
<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Separated/Divorced	
<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Séparé/Divorcé	
Employee ID# _____		