

SECTION III (b) _ Véhicules Lourds

Avez-vous déjà suivi une formation en conduite de véhicules lourds ?

OUI NON

Si oui, remplissez le tableau ci-dessous :

Nom de l'établissement	Lieu	Nombre d'heures	DATE de sortie
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Si vous avez une formation de conduite de véhicules lourds (D.E.P.), avez-vous obtenu votre diplôme ?

OUI NON

SECTION III (c) _ Langues

	FRANÇAIS	ANGLAIS	AUTRES
Parlez-vous ?	%	%	%
Lisez-vous ?	%	%	%
Écrivez-vous ?	%	%	%
Comprenez-vous ?	%	%	%

SECTION IV (a) _ Équipements

Détail du nombre d'années d'expérience dans le domaine du camionnage par région géographique.

**** CANADA SEULEMENT ****

ÉQUIPEMENT	Maritimes Québec Ontario	Alberta Saskatchewan Manitoba	Colombie- Britannique	Yukon Territoires
Camion-Porteur (6 roues – 10 roues)	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
Tracteur / Semi-Remorque (fourgon)	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
Tracteur / Semi-Remorque (réfrigéré)	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
Plate-Forme	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
Citerne	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
autre:	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
autre:	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS
NOMBRE TOTAL D'EXPÉRIENCE EN CAMIONNAGE AU CANADA			<input type="text"/> ANS <input type="text"/> MOIS	

SECTION IV (b) _ Équipements

Détail du nombre d'années d'expérience dans le domaine du camionnage par région géographique.

**** ETATS-UNIS SEULEMENT ****

ÉQUIPEMENT	West Coast		East Coast		Midwest		South													
	CA CO	AZ WY	UT ID	NV WA	NM MT	VT NC	MA SC	PA FL	NY NH	VA MD	GA	MI NE	WI IA	MN IL	ND ID	SD KY	MS KS	OK TN	TX LA	AR AL
Camion-Porteur (6 roues – 10 roues)	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
Tracteur / Semi-Remorque (fourgon)	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
Tracteur / Semi-Remorque (réfrigéré)	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
Plate-Forme	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
Citerne	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
autre:	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
autre:	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
NOMBRE TOTAL D'EXPÉRIENCE EN CAMIONAGE AU ÉTATS-UNIS												<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS							

NOMBRE TOTAL D'EXPÉRIENCE EN CAMIONAGE (CANADA & É-U)	<input type="text"/> ANS	<input type="text"/> MOIS
------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------

SECTION IV (c) _ Moteurs

Avez-vous déjà fait l'utilisation ? Inscrivez OUI ou NON. (encercler la réponse)

MOTEURS

CATERPILLAR	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
DETROIT	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
CUMMINS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
MACK	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
VOLVO	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
MERCEDES	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

TRANSMISSIONS

8LL	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
10	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
13	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
15	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
16	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
18	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
SUPER 10	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

SECTION IV (d) _ Équipe

Avez-vous déjà effectué du transport en équipe (deux chauffeurs) ?

OUI NON

Si oui, indiquez le nombre de mois ou d'années en équipe :

AN(S) MOIS

SECTION V _ Expériences

EMPLOYEUR
DU AU
VILLE
FONCTION
SUPÉRIEUR
TÉLÉP_ONE - -
MOTIF DU DÉPART

EMPLOYEUR
DU AU
VILLE
FONCTION
SUPÉRIEUR
TÉLÉP_ONE - -
MOTIF DU DÉPART

EMPLOYEUR
DU AU
VILLE
FONCTION
SUPÉRIEUR
TÉLÉP_ONE - -
MOTIF DU DÉPART

EMPLOYEUR
DU AU
VILLE
FONCTION
SUPÉRIEUR
TÉLÉP_ONE - -
MOTIF DU DÉPART

EMPLOYEUR
DU AU
VILLE
FONCTION
SUPÉRIEUR
TÉLÉP_ONE - -
MOTIF DU DÉPART

SECTION IX _ Accident De Travail (1)

Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail **en rapport avec l'utilisation de véhicules lourds** ou en rapport avec l'emploi postulé au cours des 3 dernières années ?

OUI NON

Si vous avez répondu NON, passez la à Section X.

Si OUI, décrivez brièvement en commençant par la plus récente :

1 Date Employeur _____

Type de blessure: _____

Avez-vous reçu des prestations de la C.S.S.T. ? OUI NON

2 Date Employeur _____

Type de blessure: _____

Avez-vous reçu des prestations de la C.S.S.T. ? OUI NON

Ces informations seront vérifiées tel que le permet la Loi sur la santé et la sécurité du travail.
Toute omission de renseignements sera considérée comme volontaire de votre part et,
par le fait même interprétée comme une fausse déclaration.

SECTION X _ Accident De Travail (2)

Avez-vous déjà subi un ou des accidents de travail **autre que dans le domaine du transport** ?

OUI NON

Si vous avez répondu NON, ne pas remplir le tableau suivant.

Si OUI, décrivez brièvement en commençant par la plus récente :

1 Date

Type de blessure: _____

Avez-vous reçu des prestations de la C.S.S.T. ? OUI NON

2 Date

Type de blessure: _____

Avez-vous reçu des prestations de la C.S.S.T. ? OUI NON

Ces informations seront vérifiées tel que le permet la Loi sur la santé et la sécurité du travail.
Toute omission de renseignements sera considérée comme volontaire de votre part et,
par le fait même interprétée comme une fausse déclaration.