



TRANSPORT AMÉRICAIN CANADIEN C.A.T. INC.
CANADIAN AMERICAN TRANSPORTATION INC.
 4 rue du Transport, Coteau-du-Lac, Québec, J0P 1B0

Demande d'emploi pour chauffeur propriétaire

SECTION - I	
DÉTAILS PERSONNELS	
Nom :	Prénom(s) :
Date de naissance (si nécessaire au poste) :	
Téléphone résidence : ()	Cellulaire/Pagette : ()
Adresse (au cours des 3 dernières années) : _____	

SECTION - II					
ÉTUDES					
Cours	Nombre d'années/ mois	Date de fin	Nom et lieu de la maison d'enseignement	Spécialisation	Grade, diplôme ou certificat
Primaire					
Secondaire					
Collégial et universitaire					
Formation en conduite de véhicules lourds					
Autres cours					
Indiquez si :	Vous parlez le français <input type="checkbox"/>	l'anglais <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____	
	Vous lisez le français <input type="checkbox"/>	l'anglais <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____	
	Vous écrivez le français <input type="checkbox"/>	l'anglais <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____	

SECTION - III		
HISTORIQUE D'EMPLOI		
Énumérez ci-dessous l'historique de vos emplois des 10 dernières années en commençant par le plus récent		
USA: Dans le cas de conducteurs circulant dans ce pays, les informations complètes d'employeur(s) des 3 dernières années (Joindre une autre feuille au besoin)		
1. Employeur:		
Adresse:		
Fonctions:	De :	À :
Supérieur:	Téléphone : ()	
Salaire actuel ou au moment du départ:	/Km/mille \$	/Heure \$
Motif du départ:		
Étiez-vous assujéti à la réglementation du FMCSA* à cet emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Le poste occupé comprenait-il une "fonction reliée à la sécurité" pour fins du dépistage de drogue et d'alcool?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

*Federal Motor Carrier Safety Administration (USDOT)

2. Employeur:		
Adresse:		
Fonctions:	De :	À :
Supérieur:	Téléphone : ()	
Salaire au moment du départ:	/Km/mille \$	/Heure \$
Motif du départ :		
Étiez-vous assujetti à la réglementation du FMCSA à cet emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Le poste occupé comprenait-il une "fonction reliée à la sécurité" pour fins du dépistage de drogue et d'alcool?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
3. Employeur:		
Adresse:		
Fonctions:	De :	À :
Supérieur:	Téléphone : ()	
Salaire au moment du départ:	/Km/mille \$	/Heure \$
Motif du départ:		
Étiez-vous assujetti à la réglementation du FMCSA à cet emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Le poste occupé comprenait-il une "fonction reliée à la sécurité" pour fins du dépistage drogue et alcool?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
4. Employeur:		
Adresse:		
Fonctions:	De :	À :
Supérieur:	Téléphone : ()	
Salaire au moment du départ:	/Km/mille \$	/Heure \$
Motif du départ:		
Étiez-vous assujetti à la réglementation du FMCSA à cet emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Le poste occupé comprenait-il une "fonction reliée à la sécurité" pour fins du dépistage drogue et alcool?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
5. Employeur:		
Adresse:		
Fonctions:	De :	À :
Supérieur:	Téléphone : ()	
Salaire au moment du départ:	/Km/mille \$	/Heure \$
Motif du départ:		
Étiez-vous assujetti à la réglementation du FMCSA à cet emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Le poste occupé comprenait-il une "fonction reliée à la sécurité" pour fins du dépistage drogue et alcool?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
6. Employeur:		
Adresse:		
Fonctions:	De :	À :
Supérieur:	Téléphone : ()	
Salaire au moment du départ:	/Km/mille \$	/Heure \$
Motif du départ:		
Étiez-vous assujetti à la réglementation du FMCSA à cet emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Le poste occupé comprenait-il une "fonction reliée à la sécurité" pour fins du dépistage drogue et alcool?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

SECTION - IV			
QUALIFICATIONS			
N° de permis:		Province:	
Classes:	Expiration:	Restriction(s):	
Mention transmission manuelle (M)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mention freinage pneumatique (F)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mention grand train routier (T)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nombre de points d'inaptitude actuellement:			
Vous êtes-vous déjà vu refuser un permis de conduire un véhicule commercial?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre permis a-t-il déjà été révoqué ou suspendu?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu oui à l'une de ces deux questions, indiquez les motifs:			
Certification ontarienne sur le réglage des freins pneumatiques à came en "S"?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Certification ontarienne sur l'entretien du système de roulement des véhicules commerciaux?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Avez-vous une connaissance du système de freinage pneumatique?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Avez-vous un certificat de formation en transport de matières dangereuses?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Avez-vous un autre permis de conduire émis par une autre administration?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
		Laquelle?	

SECTION - V						
A) EXPÉRIENCE DE CONDUITE						
Type d'équipement	Tracteur & semi-remorque	Dates		Kms / milles parcourus annuellement (approx.)	Type de parcours	
		De	À		Local/rég.	Longue dist.
Fourgon						
Plate-forme						
Conteneur						
Isotherme						
Fardier						
Hors normes						
Citerne sèche						
Citerne liquide						
Benne basculante						
Train type "B"						
Grand train routier						
Autres (précises)						
Camion porteur						
Genre de transmission utilisée (inscrire le nombre d'années):				<input type="checkbox"/> Manuelle _____	<input type="checkbox"/> Automatique _____	
Juridictions où vous avez travaillé:				<input type="checkbox"/> Québec _____	<input type="checkbox"/> États-Unis _____	
				<input type="checkbox"/> Canada _____	<input type="checkbox"/> Mexique _____	

B) FORMATION			
Indiquez les formations théoriques et les cours suivis à ce niveau (s'il y a lieu)			
Cours	Date	Nom et lieu du centre d'enseignement	Durée (heures)
Heures de service <input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Américaine			
Vérification mécanique journalière (VAD)			
Transport de matières dangereuses			
Arrimage des chargements			
Normes de charge (poids)			
Freins pneumatiques			
Conduite préventive			
Économie énergétique			
SIMDUT			
Relations avec la clientèle			
Autres (précisez)			
Participation à des compétitions d'habileté ou d'efficacité énergétique?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà reçu des mentions honorifiques? Si oui, de qui et pourquoi les avez-vous reçues? _____			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

SECTION - VI				
A) CONDUITE (ACCIDENTS, INCIDENTS) Avez-vous déjà eu des accidents ou incidents en rapport avec la conduite d'un véhicule lourd au cours des 3 dernières années? Si oui, précisez leur nature et la date où ils sont survenus: _____ _____				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom(s) de(s) l'employeur(s) à ce moment là: _____ Décrivez brièvement les circonstances (joindre une feuille si espace insuffisant) : _____ _____ _____				
B) CONDUITE (CONTRAVENTIONS, AMENDES) Avez-vous eu des contraventions et/ou des amendes au cours des 3 dernières années en rapport avec l'utilisation de véhicules lourds? Si oui, remplissez les cases suivantes (joindre feuille si espace insuffisant)				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Endroit	Date	Nature de l'infraction	Sentence	Points d'inaptitude

SECTION - VII	
Avez-vous la carte "FAST"?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Faites-vous partie d'un programme de dépistage sur les stupéfiants et l'alcool?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>

SECTION - VIII
AUTRES QUALIFICATIONS: Entretien et réparation de véhicules lourds Indiquez votre formation et votre expérience (s'il y a lieu): _____ _____ _____

Manutention: A) Indiquez votre formation et votre expérience dans le tableau qui suit (s'il y a lieu)					
Équipement / Activités	Formation	Années d'expér.	Équipement / Activités	Formation	Années d'expér.
Conduite de chariot élévateur			Répartition de charge		
Triage et comptage de marchandises			Protection de marchandises		
Manutention de marchandises			Connaissance et document de transport		
B) Indiquez votre formation théorique et les cours suivis à ce niveau (s'il y a lieu)					
Cours	Date	Nom et lieu de la maison d'enseignement		Spécialisation	

SECTION - IX	
ANTÉCÉDENTS: ACCIDENTS DE TRAVAIL	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, donnez-en les dates en commençant par la plus récente: _____ _____ _____	
Nom de l'employeur à ce moment-là: _____ _____	
Type de blessure alors subie: _____ _____	
Ces informations seront vérifiées tel que le permet la <i>Loi sur la santé et la sécurité du travail</i>. Toute omission de renseignement sera considérée comme volontaire de votre part et, par le fait même, interprétée comme une fausse déclaration.	

SECTION - X

A ÊTRE LU ET SIGNÉ PAR LE CANDIDAT:

Il est convenu et entendu que si je fais une déclaration fautive ou erronée dans le cadre du processus de ma demande d'emploi ou si j'ai omis de fournir des renseignements requis dans le présent formulaire ou ses annexes, je serai passible de renvoi à compter de la découverte de la fautive déclaration ou omission, en conformité avec les exigences de cautionnement (Bond), les règlements internes, les conventions de travail, ainsi que les politiques et procédures de l'entreprise.

Il est convenu et entendu que l'entreprise et ses agents peuvent enquêter sur mes antécédents incluant les drogues ou l'alcool au volant d'un véhicule lourd pour vérifier mes états de service et s'assurer que toutes mes déclarations sont exactes. Je possède cependant le droit de revoir les informations fournies par mes anciens employeurs et de faire corriger toute erreur faite par ces derniers. Je possède également le droit de rattacher une réfutation au dossier au cas d'un désaccord dans les 30 jours du début de l'emploi.

J'accepte de fournir des renseignements et/ou des documents supplémentaires pour compléter le présent formulaire et de me soumettre à un examen médical auprès d'un médecin choisi ou désigné par l'entreprise. *J'autorise, par la présente, l'entreprise à obtenir de mes employeurs précédents les informations consignées au sein des dossiers me concernant que ceux-ci ont constitués, ainsi qu'auprès de toute autre personne à qui l'entreprise jugerait nécessaire de s'adresser.*

Il est convenu que si je suis engagé, je serai soumis à une période d'essai durant laquelle je pourrai être renvoyé sans aucun recours.

Ceci certifie que cette demande d'emploi a été complétée par moi, au meilleur de ma connaissance et que toutes les données et informations sont véridiques et complètes.

Signature du candidat

Lieu

Date

**Note importante au sujet des
antécédents professionnels à partir du programme
PSP (Pre-employment Screening Program)**

Concernant votre demande d'emploi avec CAT inc., la compagnie recherchera auprès de la FMCSA (Federal Motor Carrier Safety Administration) des informations concernant votre historique de conduite, d'inspection sur la route et les accidents que vous avez eu au volant de véhicules commerciaux. Si ces informations sont utilisées pour justifier un rejet de votre candidature, l'employeur potentiel vous fournira un rapport écrit pour expliquer sur quelles bases la décision a été prise et aussi un sommaire écrit de vos droits. L'employeur potentiel ne peut obtenir d'information sur votre dossier à la FMCSA sans votre consentement écrit. Si vous consentez à ce que l'employeur potentiel obtienne des informations sur vos antécédents, veuillez lire ce qui suit et signez au bas de la page.

J'autorise CAT inc. à utiliser le programme PSP de la FMCSA pour obtenir mon historique de sécurité et d'inspection sur la route en ce qui concerne la conduite de véhicules commerciaux. Je comprends que je consens au relâchement des informations de performance de sécurité tant dans le domaine des accidents (5ans) que des inspections sur la route (3ans). Je comprends et reconnais que ces informations aideront l'employeur potentiel à prendre une décision sur mon employabilité au sein de l'entreprise.

Aussi, je comprends que ni l'employeur potentiel, ni le fournisseur de la FMCSA n'a la capacité de faire changer des informations qui ne seraient pas exactes au dossier. Je comprends que je pourrais faire appel de ces informations en soumettant une requête à <https://dataqs.fmcsa.dot.gov>. Si j'en appel d'un accident ou d'une inspection reporté par un État, la FMCSA n'a pas la capacité de changer cette information. Je comprends que cette demande sera transférée par le système DATAQ vers l'état ou la juridiction appropriée.

J'ai lu la note précédente au sujet des antécédents professionnels qui m'est fournie par la compagnie CAT inc. et je comprends que si je signe cette fiche de consentement, elle pourra obtenir un rapport sur mon historique de conduite, d'inspections et d'accidents. J'autorise donc CAT inc. et ses employés, agents autorisés et/ou affiliées à obtenir les informations autorisées ci haut.

Date : _____

Signature

Nom (lettres moulées)