



DOCUMENT DE POSTULATION

Ce formulaire s'adresse autant aux femmes qu'aux hommes même si il est écrit au masculin.

Les questions auxquelles vous ne répondez pas seront traitées et complétées lors de l'entretien

Ne pas remplir / à usage interne

Profession envisagée : _____

Formation (CFC, diplôme, etc) : _____

Document reçu le :

Enregistrer dans bdd le/par :

Entretien fait le/par : Résultat

entretien : Impressions

personnelles :

Données personnelles

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA + Localité :

N° de tél. portable :

N° de tél. domicile :

Adresse e-mail :

Date de naissance :

Etat civil :

N° AVS :

Enfants à charges :

Nationalité :

Permis de travail : N° : Échéance :

Nationalité du conjoint :

Permis de travail du conjoint :

Langue maternelle :

Fumez-vous : Oui Non

Touchez-vous des allocations familiales à votre nom ? Oui Non

Impôt à la source : Oui Non Ne sais pas

Références professionnelles (idéalement 3), d'anciens employeurs que nous pouvons contacter

Nom & Prénom : _____

Entreprise : _____

Fonction : _____

N° de téléphone : _____

Nom & Prénom : _____

Entreprise : _____

Fonction : _____

N° de téléphone : _____

Nom & Prénom : _____

Entreprise : _____

Fonction : _____

N° de téléphone : _____

Cocher les domaines dans lesquels vous acceptez ou désirez travailler (Ces postes demandent des certificats et diplômes reconnus)

Infirmier assistant(e)

Administration

Physiothérapeute

Infirmier niveau I

Infirmier psycho

Infirmier niveau II,

Sage-femme

Auxiliaire de santé 120h

ASSC Veilleur

Auxiliaire de santé 60h

Ergothérapeute

Aide soignant(e)

animateur

Questionnaire de santé :

Avez-vous eu droit durant les trois dernières années à une rente d'invalidité AI ? Oui Non

Si oui, pour quel type d'invalidité : _____

À quel pourcentage, êtes-vous autorisé à travailler ? _____

Êtes-vous en incapacité de travail (accident/maladie) ? Oui Non

Souffrez-vous d'une maladie pouvant altérer votre comportement au travail ? Oui Non

Souffrez-vous de maladies chroniques ?
(exemple : diabète, crise d'épilepsie, asthme, problème de dos, etc) Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Avez-vous été en incapacité de travail durant ces 2 dernières années ? Oui Non

(accident ou maladie)

Si oui, pourquoi ? _____

Souffrez-vous des allergies ? Oui Non

Lesquelles : _____

Faites-vous ou avez-vous fait usage habituel de stupéfiants ou de boissons alcooliques ? Oui Non

Si oui, lesquelles et quelle quantité en moyenne par jour ? _____

Si oui, avez-vous été soigné ? Oui Non

Merci de joindre au présent document les éléments suivants :

- Un CV
- Attestations, certificats, diplômes, etc
- Si vous n'êtes pas Suisse, une copie de votre permis de travail ou de la demande en cours (pour les ressortissants
- EU sans permis, nous nous occupons de la demande le jour de votre engagement)
- Extrait du casier judiciaire

Par sa signature, le candidat atteste avoir rempli le document de manière exacte et précise. Il autorise La-solution.ch à conserver son dossier et à traiter les informations qui le concernent. Il autorise également à obtenir des renseignements auprès de ses précédents employeurs. La présente autorisation est révocable en tout temps, par écrit.

Date :

Signature :