

DEMANDE D'EMPLOI À TITRE D'ASSISTANT (E)
OU REMPLAÇANT (E) OCCASIONNEL (LE)
DANS UN SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postale : _____

Tél : (____) _____ - _____ Cell : (____) _____ - _____

Date de naissance : ____/____/____

Courriel : _____

Langue parlée : _____

PERSONNES DE RÉFÉRENCE

Indiquez les noms, adresses, numéros de téléphone et **adresses courriel** de **deux (2) personnes** qui ne vous sont **pas apparentées**, qui vous connaissent depuis au moins **deux ans** et qui peuvent attester de votre aptitude à agir à titre d'assistant(e) ou de remplaçant (e) occasionnel (le) d'un service de garde en milieu familial.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : (_____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : (_____) _____ - _____

Adresse courriel : _____

J'autorise mon employeur (responsable de service de garde en milieu familial) à communiquer avec les personnes de référence ci-haut mentionnées.

Signature : _____

Date : _____

CURRICULUM VITAE

Quelle est votre **formation scolaire** ?

Primaire : () Collégial : ()
Secondaire : () Universitaire : ()

Diplôme obtenu (domaine) : _____

Quelles sont vos **expériences de travail** ?

Avez-vous déjà eu des enfants, autres que les vôtres, à votre charge dans le passé ?

Si oui, résumez votre expérience :

Avez-vous d'autres expériences de travail, ou autre, auprès des enfants ?

CERTIFICAT MÉDICAL

La personne qui fait une demande pour devenir l'assistant (e) ou le (la) remplaçant (e) occasionnel (le) d'une responsable d'un service de garde en milieu familial doit fournir un certificat médical attestant de sa bonne santé physique et mentale.

JE DÉCLARE que je ne suis pas représentée par mandataire en raison d'inaptitude ni ne suis sous régime de protection pour majeur (curatelle – tutelle).

Signature

JE DÉCLARE n'avoir jamais été déclarée coupable d'une infraction ou d'un acte criminel relié aux responsabilités que je peux avoir à assumer sur le plan du développement moral, de la santé, de la sécurité et du bien-être d'un enfant ou reliés à toute atteinte contre la personne ou que j'en ai obtenu pardon ou réhabilitation.

Signature

J'ATTESTE que les renseignements transmis sont exacts.

Signature

J'ACCEPTÉ de fournir les documents obligatoires suivants :

1. Une attestation d'absence d'empêchement conforme (vérification effectuée par le Bureau coordonnateur)
2. Une copie de ma formation en premiers soins
3. Une copie de mon certificat de naissance
4. Un certificat médical attestant de ma bonne santé physique et mentale.
5. Une preuve de ma formation scolaire (si pertinente)
6. Une copie de la réussite d'une formation d'au moins 12 heures portant sur le développement de l'enfant. (délai : réussi au plus tard 6 mois après son entrée en fonction). Assistante : si au moment de son entrée en fonction cette personne est déjà titulaire de la formation, celle-ci ne doit pas dater de plus de 3 ans.

Signature

Fait à _____ le _____