



CLINIQUE DU VR

🏠 11 rue de Granby, Unité 17, Gatineau, Québec, J8R 3X5

☎ 819-669-8787 ✉ info@cliniqueduvr.ca 🌐 cliniqueduvr.ca

FORMULAIRE D'EMBAUCHE

SVP VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION N° 1 ET NOUS RETOURNER LE FORMULAIRE

1. INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'EMPLOYÉ(E) : (SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ)

PRÉNOM :		NOM DE FAMILLE :	
ADRESSE :		SEXE (COCHER) : ☐ HOMME ☐ FEMME	
VILLE :		DATE DE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA) :	
PROVINCE :	CODE POSTAL :	N° D'ASSURANCE SOCIALE (NAS) :	
N° TÉL. :	N° CELL. :	COURRIEL :	
ANTÉCÉDENT(S) MÉDICAL (BLESSURE, ETC.) :			
INFORMATIONS BANCAIRES :	N° DE TRANSIT :	N° D'INSTITUTION :	N° COMPTE (FOLIO) :

2. INFORMATIONS POUR LES RESSOURCES HUMAINES : (SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION)

N° D'EMPLOYÉ :		POSTE DE L'EMPLOYÉ(E) :	
DATE D'EMBAUCHE (JJ-MM-AAAA) :		DÉPARTEMENT :	
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT :		POSTE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT :	
RÉMUNÉRATION :	☐ TAUX HORAIRE : / HR	☐ SALAIRE ANNUEL :	
STATUT DE L'EMPLOI :	☐ PERMANENT ☐ TEMPORAIRE	☐ TEMPS PLEIN ☐ TEMPS PARTIEL	

AUTRES ÉLÉMENTS MENTIONNÉS DANS LE CONTRAT DE TRAVAIL :
