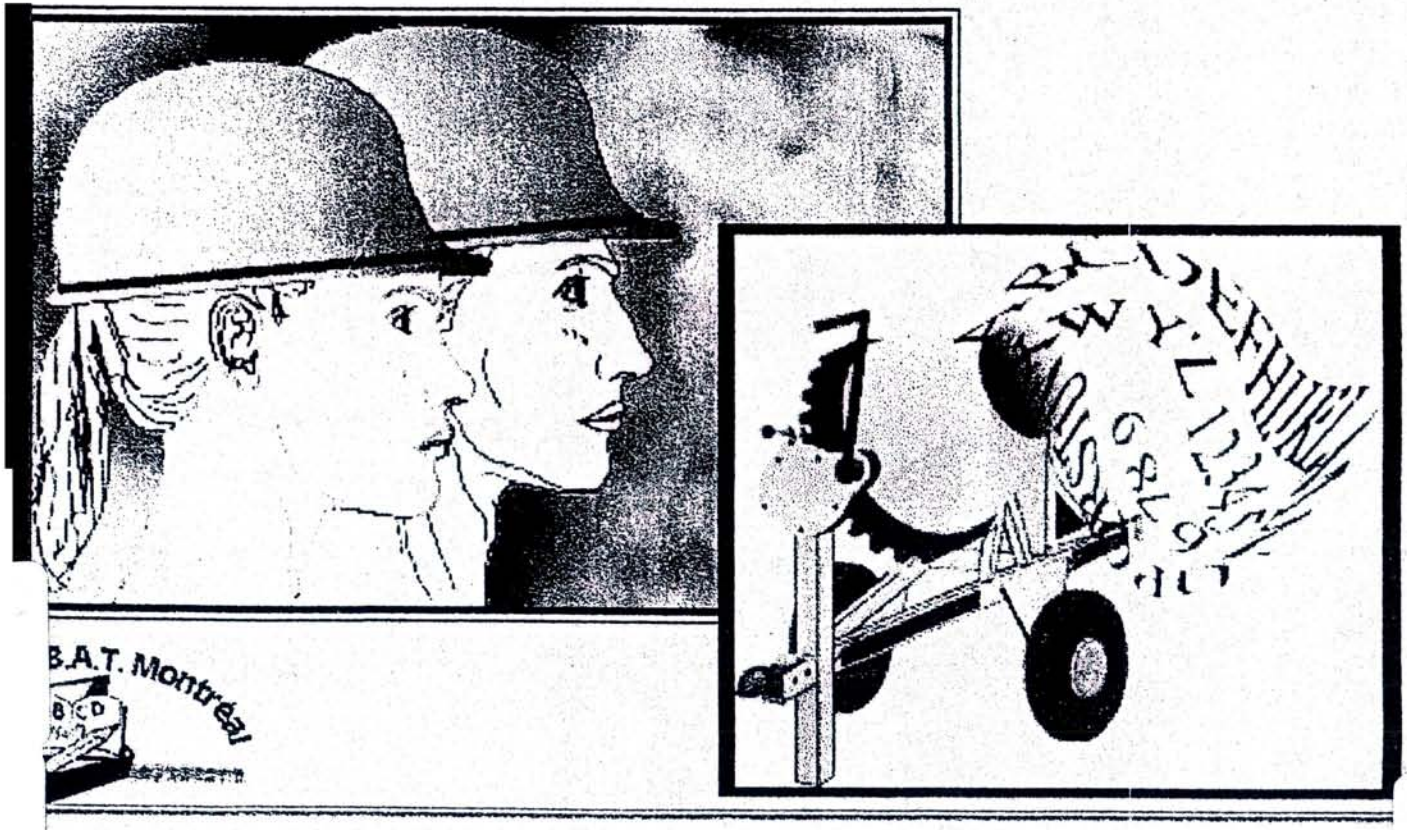
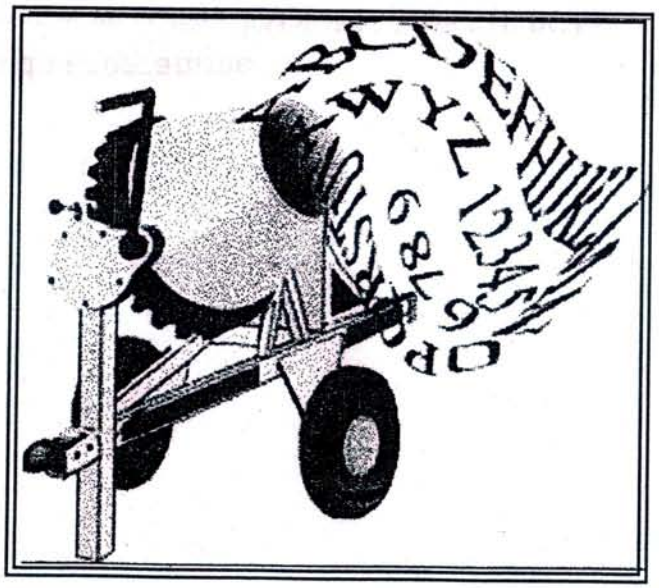
Des mots qui travaillent



Des mots qui travaillent



Page de crédit

Conception et recherche:
FRANCE TERREAULT
Traitement de texte:
JOSÉE FOURNIER
FRANCE TERREAULT
Lecture et correction d'épreuves:
YVES DUMOULIN
Encadrement et supervision du projet:
FRANÇOISE LEFEVBRE

Conception graphique:
JEAN-PIERRE BOILEAU

Ce document a été rendu possible grâce à une subvention du programme
"Initiatives Fédérales-Provinciales Conjointes en matière d'Alphabétisation," (IFPCA)
et un don de la Société canadienne des postes

Une production du Centre DÉBAT
(Développement de l'Éducation de Base Au Travail)

4001, rue Ontario Est
Montréal, Québec (H1W 1T1)
(514) 522-8691

Automne 1995

TABLE DES MATIÈRES

- Présentation 9

- Mot de remerciement 11

PREMIÈRE PARTIE: Banque de vocabulaire

Banque de vocabulaire - Sommaire 15

I. DOMAINES DE TRAVAIL 17

1. Domaine hospitalier 19

2. Domaine minier 21

3. Recyclage 29

4. Restauration 47

5. Transformation 53

II. INSTRUMENTS DE TRAVAIL 55

1. Assurance collective 57

2. Billet de livraison 63

3. Grille d'évaluation 65

4. Grille d'inspection 69

5. Grille de production 93

6. Inventaire 99

III. RAPPORTS ADMINISTRATIFS 109

1. Choix des vacances 111

2. Déductions fiscales 112

3. Demandes d'emploi 113

4. Feuille de temps 123

5. N. A. S. 125

6. Rapport d'absence 127

7. Rapport d'accident 128

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

PREMIÈRE PARTIE: Banque de vocabulaire (suite)

IV. VIE AU TRAVAIL **133**

1. Boîte à suggestions 135

2. Convention collective 137

3. Journaux internes 147

DEUXIÈME PARTIE: Les formulaires

Les formulaires - Sommaire 161

I. ASSURANCE SOCIALE **163**

II. ASSURANCE-MALADIE **167**

III. FEUILLE DE TEMPS **173**

1. Carte de pointage (punch card) 174

2. Domaine hospitalier 175

TABLE DES MATIÈRES (SUITE)

DEUXIÈME PARTIE: Les formulaires (suite)

IV. FORMULAIRE CSST **177**

V. FORMULAIRE D'ABSENCE **183**

VI. FORMULAIRE D'EMPLOI **185**

1. Domaine hospitalier 188

2. Domaine minier 192

3. Recyclage 198

4. Restauration 202

5. Transport 204

6. Textile 206

VII. GRILLE D'ÉVALUATION **207**

1. Domaine hospitalier 208

2. Restauration 210

Centre D.É.B.A.T. Montréal

COMMENT SE SERVIR " DES MOTS QUI TRAVAILLENT..."

Dessin représentant le chapitre

Dessin d'un sous-titre de chapitre

Dessin représentant la section

Sous-titre du chapitre

-Règlements (suite)

4. Restauration

Titre du chapitre

naturel

objet
oeuvres publiques
ongles courts

pantalon court
plat principal
pop mobile
port du sarrau
pourboire
propre

repas menus du jour
réseau
résille
responsable permanent

s'approprier
salade
sollicitations monétaires
soulier fermé obligatoire
soupe
stock

technique des métiers
travail en équipe
travailler

uniformes
utile

vacance
vernis à ongles
vie

vivre

Des lignes pour ajouter vos mots

52

Numéro de la page où vous êtes rendus

PRÉSENTATION

Le document que vous avez entre les mains s'adresse aux personnes qui éprouvent de la difficulté avec les textes écrits et les formulaires qu'ils utilisent dans leur milieu de travail. "Des mots qui travaillent" est composé, en première partie, d'une banque de mots rencontrés dans divers documents utilisés en milieu de travail et, en deuxième partie, d'exemplaires de différents formulaires utilisés soit dans le milieu de travail, soit dans la vie courante.

L'idée de cette production a germé suite à l'expérience d'alphabétisation du centre DÉBAT qui intervient principalement en alphabétisation auprès des travailleurs. Un sondage a été réalisé, au cours du projet, auprès de l'ensemble des participants aux ateliers d'alphabétisation donnés par le centre. Les répondants au sondage nous ont affirmé, dans 100% des cas des personnes en emploi, qu'ils utilisent divers formulaires au travail; 95% disent également qu'ils doivent lire dans leur travail. Nous tenons ici à remercier toutes les formatrices et tous les formateurs qui ont collaboré à cette cueillette d'informations.

Grâce au sondage, nous avons mieux ciblé certains éléments que l'on retrouve dans "Des mots qui travaillent". Plusieurs participants du centre DÉBAT proviennent des milieux de travail que nous avons sollicités: domaine hospitalier, domaine minier, recyclage, transformation, transport, restauration et textile. Nous avons donc retenu ces sphères d'emploi afin d'outiller les personnes qui y travaillent. De plus, à la suite du sondage, nous avons pu obtenir des indications sur les

priorités à accorder aux formulaires que nous présenterions dans le document. Comme les répondants nous affirmaient utiliser des formulaires au travail, cela a permis de confirmer l'importance de cette section.

Comme ce document s'adresse prioritairement aux travailleurs, nous avons choisi d'utiliser les termes exacts employés dans leur milieu de travail. Par exemple, on voit plus régulièrement le mot "punch clock" que l'expression française "horloge de pointage ". Nous l'avons donc indiqué tel quel, dans la banque de mot, tout en le faisant suivre de sa traduction française entre parenthèses. Partout où c'était possible, nous avons également assorti les codes retrouvés sur certains documents (par exemple: b/b / bathroom) de leur signification française, écrite tout au long (salle de bain).

Nous souhaitons que "Des mots qui travaillent" deviennent un outil de référence au même titre que n'importe quel outil utilisé en emploi. Nous croyons qu'il pourra également servir aux formateurs et formatrices qui travaillent en entreprise, au niveau des ateliers d'alphabétisation et de français de base.

En terminant, nous tenons à remercier tous les participants du centre DÉBAT qui ont collaboré à la conception de ce document, en acceptant de répondre à notre sondage.

Françoise Lefebvre pour

"Des mots qui travaillent"

MOT DE REMERCIEMENT

Je tiens à remercier les personnes suivantes qui, à différents niveaux, ont contribué à la réalisation de ce document:

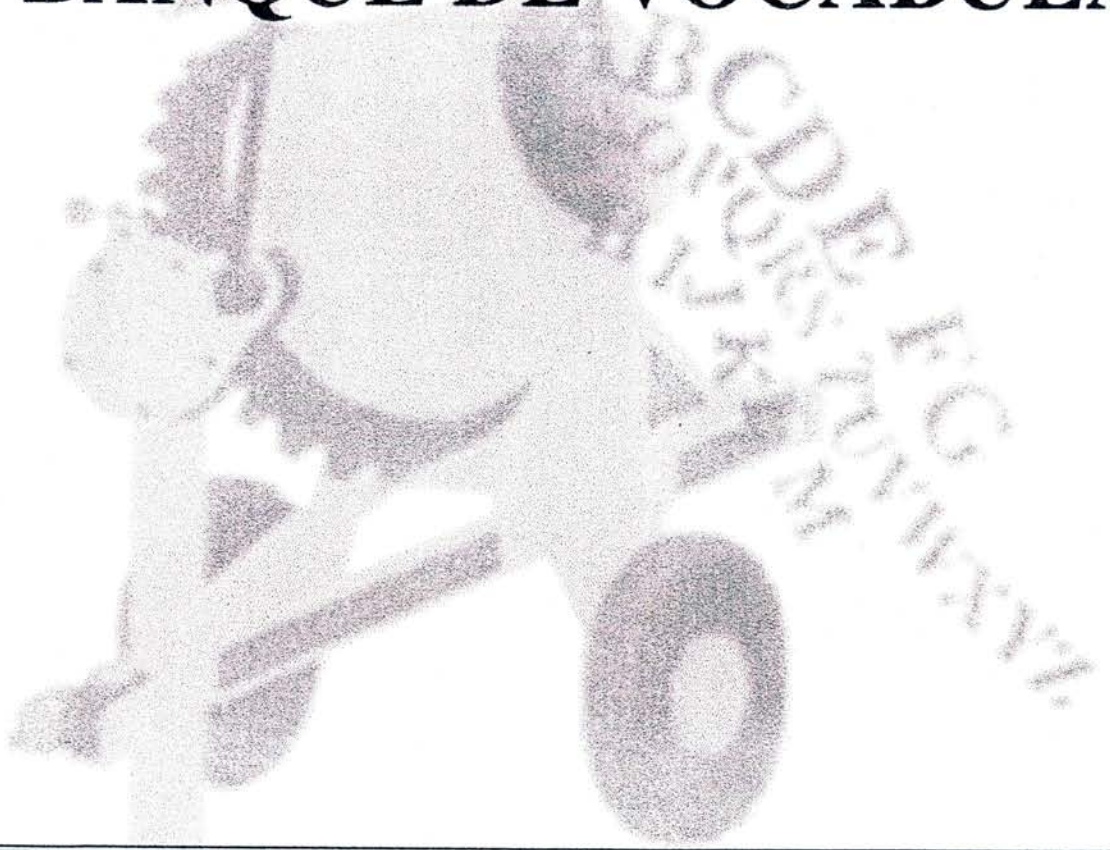
Madame Diane Léonard	**Resto-Pop**
Madame Guylaine Martel	**Revdec**
Madame Linda Dizazzo	**Gaz Métropolitain**
Madame Louise Crépeau	**Ceda (Centre d'éducation des adultes Petite-Bourgogne, St-Henri)**
Madame Michèle Bachand	**CSN**
Madame Monique Clément	**Hôpital Notre-Dame**
Madame Sophie Bédard	**Arsenault Transport**
Mlle Marie-Eve Lefevbre	**Etudiante**
Monsieur Alain Cyr	**Ceda**
Monsieur Gilles Proulx	**Le groupe Lavo**
Monsieur Guy Emond	**Rubyco**
Monsieur Normand Major	**Le groupe Lavo**

Certains ont accepté de nous faire parvenir de la documentation issue de leur milieu de travail; d'autres nous ont reçu sur les lieux de l'entreprise; certains finalement ont collaboré plus étroitement en nous accompagnant lors d'une visite guidée et nous ont facilité le travail en nous permettant de prendre des photos.

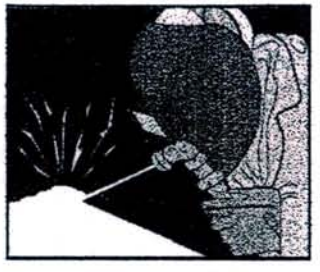
Nous espérons que chacun et chacune d'entre eux se sente remercié tout particulièrement.

Première partie

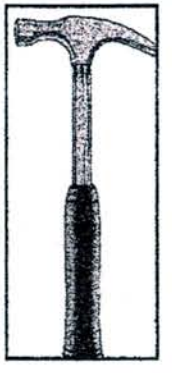
BANQUE DE VOCABULAIRE



PREMIÈRE PARTIE: Banque de vocabulaire



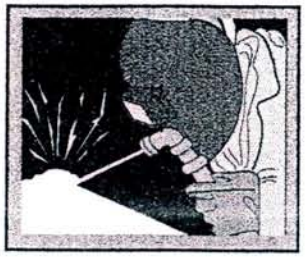
I. DOMAINES DE TRAVAIL



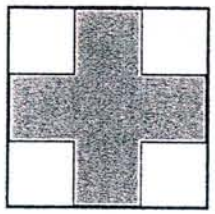
II. INSTRUMENTS DE TRAVAIL

III. RAPPORTS ADMINISTRATIFS

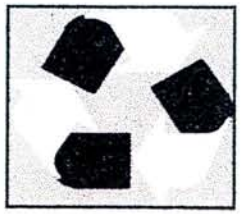
IV. VIE AU TRAVAIL



I- DOMAINES DE TRAVAIL

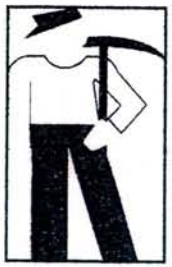


1. Domaine hospitalier



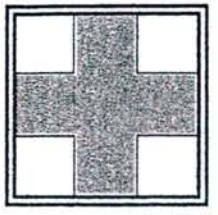
3. Recyclage

4. Restauration



2. Domaine minier

5. Transformation



1. Domaine hospitalier

achat direct
acheteur

code d'imputation
code service
commandé
contact

date
demandé par
description de l'article

équipement

fax
format
fournisseur
frais de transport

livraison

magasin
no de porte(numéro)

paiement
pavillon
précision
prix
produit

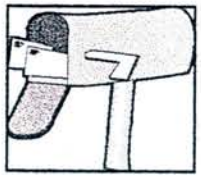
quantité

reçu
référence du service
réparation
retour de marchandise

service

téléphone
tps
tvq
type de commande

2. Domaine minier



- Changement d'adresse

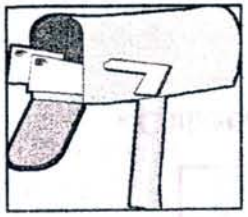
- Frais de scolarité

- Micro-ordinateur

- Cotisation de REER

- Informatique

- Rapport de dépenses



-Changement d'adresse

2. Domaine minier

appartement

civique
code postal
code régional
confidentiel

date en vigueur

employé

identification

no(numéro)
nom

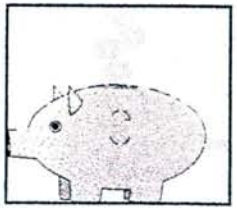
prénom
province

rue

service
signature

ville

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____



-Cotisation REER

2. Domaine minier

additionnelle
avantage fiscal

bénéficier
bureau

cadre
calcul estimatif
communiqué
consulter
cotisation

début

écomomiser
épargner
équivalent

facteur équivalence
formulaire

hebdomadaire
heure

limite fiscale

maximum réer
montant annuel

nom
nouvelle
numéro d'employé

option d'épargne

participation
périodes de paie
prénom
prévision

réer
réer personnel
régime de retraite
remplir
représentant

salaire régulier

tableaux d'affichage

verso
volontaire

-Frais de scolarité

2. Domaine minier

approbation
attestation

certificat
comptabilité
compte
cours

date
description des frais

facture
formation
frais
frais de scolarité

gestion

identification
institution d'enseignement

nom
numéro

prénom

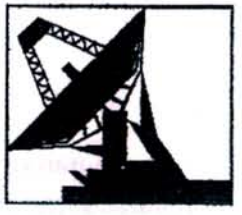
remarque
remboursable
remboursement

scolarité
service
session

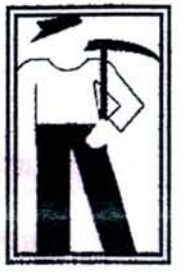
signature

téléphone
titre de l'employé
total

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____



-Informatique



2. Domaine minier

action
actuel
additionnelle
amélioration
annexe
approbation
assigné
avantage

bénéfice

case appropriée
catégorie

demande
description
division

espace

informaticien
informatique
instruction

lettres moulées

majeur
mineur
mise en production

nom du requérant
nouveau

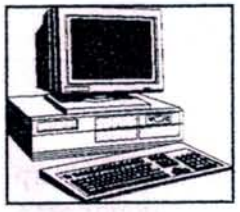
obligatoire

poste

raison de la demande
remarque
ressources estimées

section réservée
service
signature

texte
titre du projet
type de projet



-Micro-ordinateur

2. Domaine minier

adéquatement
avantages sociaux
avis écrit

bureau

cadre
catégorie
compatible
condition

date
DBase
déductions salariales
demande
développement
domaine

emploi actuel

financement

heure

informatique
inscription

limite
liste
logiciels
lotus 1-2-3 (logiciel)

micro-ordinateurs

no employé(numéro)

nom

programme

représentant
ressources humaines

secteur
service
signature

téléphone

ultérieurement
usage personnel

word perfect (logiciel)

-Rapport de dépenses

2. Domaine minier

acheminement
allocation
annexer
avance reçue

calcul
compte
conférence
congrès
contrat
cours
cumulatif

date
dép voyage(dépense)
dépense
description

hébergement

imputation

kilométrage
km(kilomètre)

lecture actuelle

moins
montant

no employé (numéro)
nom du réquérant

odomètre

précédente

réclamation
reçus
repas
requérant

séminaire
service
signature
solde

transport

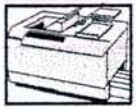
véhicule
verso

3. Recyclage

- Avis d'expédition

- Bon de commande

- Bon de travail



- Demande de fourniture

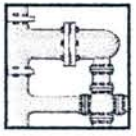
- Entretien d'usine

- Fiche d'entretien

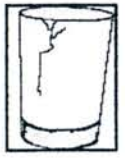
- Frais d'aide visuelle

- Palettisaton

- Pression interne



- Réparation urgente



- Taches de verre

- Vacances

-Avis d'expédition

3. Recyclage

avion

bateau

camion
commande
courrier
crédit

date
date entrée
débit

échange
entretien
expédier à

facture
fournisseur

importé

livraison
location

magasin

no(numéro)

port dû
port payé

quai de chargement

ramasser
réparer
retourné

-Bon de commande

3. Recyclage

approuvée
article

quantité

usage final

date
description

émetteur
expédiez à

lic Prov No(numéro licence provincial)

mode de transport

no de commande(numéro)
no de réquisition(numéro)

passer au débit
prix unitaire

3. Recyclage

-Bon de travail

amélioré
analyse
app de mesure(appareil)
autorisation

code

début
demande d'achat
demandeur
description

électricien
emballage
envoi

ferblantier

imputation
livraison

machine-outil
manoeuvre
marge de temps
matériel
méc auto (mécanique)
méc de l'entretien (mécanique)
méc formage (mécanique)
menuisier
métier
modification

no d'usine(numéro)
no du projet(numéro)
nombre

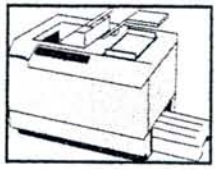
panne
priorité

réalisé
réception
réparation
requis pour

sécurité
soudeur

travail
tuyauteur

vérifié



-Demande de fourniture

3. Recyclage

approuvé

balance

compte

date
demande
dépt(département)
description

émis par

fourniture

no stock(numéro)

quant(quantité)

reçu par

usage final

-Entretien d'usine

3. Recyclage

#pointage(numéro)

bureau administratif
bureaux

cafétéria
contremaître
contrôle
carton

deuxième

école
électricien
emballage
entretien
équipe
escalier

femme

gardien

heure
homme

médical
mélange batch(production)
moule

nom

passage
plancher
premier

qualité

réception

rez-de-chaussée

salle de conférence
sous-sol

toilette
total

travail accompli

usine

vestiaire

3. Recyclage

-Fiche entretien

centre
centre de frais

date

entretien
équipe
exécution

fiche

ligne

métier

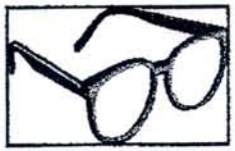
no bon de travail(numéro)
no de pointage(numéro)
nom

rappel

supplémentaire

travaillées

unité



-Frais d'aide visuelle

3. Recyclage

adresse
axe

base

compagnie d'assurance
couleur
cylindre

date de naissance
durci à chaud
durci à froid

éloignée
employeur
étui

fournisseur
frais

honoraire

lentilles
lien de parenté

monture

no de contrat(numéro)
no identification(numéro)

ophtalmologiste
optométrie
ordonnance

personne à charge
photogrey
plastique
pléthorique
prisme

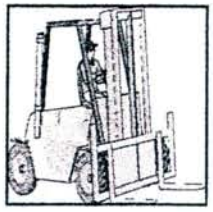
proche

régime

segment
sexe
sphère

taille de l'oeil
tempe
type de bifocal
type de trifocal

_____
_____
_____
_____



-Palettisation

application
assemblage

boîtes

carton
carton droit
colle
conforme
contenant
contrôle
crochet

date

empilage
équipe
état

3. Recyclage

feuille
film étirable
fin du quart

moule
non-conforme

orientation

palette
palettisation
position

rabat collé
résistance

séparateur

-Pression interne

3. Recyclage

cav(cavité)

date

équipe

fiche

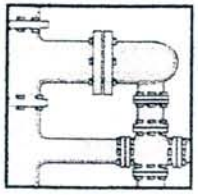
inspecteur
interne

machine
maximum
minimum
moule
moyenne

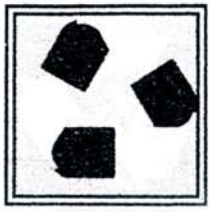
observation

poids
pression

sec



-Réparation urgente



3. Recyclage

am(avant-midi)
arrêt-machine

blanche

classer

demande
description

entretien
exécution

heure

imputation

jaune

ligne no(numéro)

mécanicien
min(minimum)

no matériel et unité(numéro)

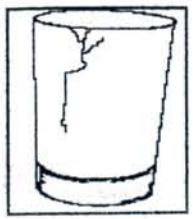
panne
pièces
planification
pm(après-midi)
production

réparation
retour
rose

superviseur

type

urgente
usine no(numéro)



-Taches de verre

3. Recyclage

action
après l'inex

backtracking initié

contremaître
contrôle
corps étranger

date

échantillon
équipe

goutte noire

huile

inspecteur

item
lettre

ligne

moule

palette

tache noire
tache
test normal

verre

_____
_____

-Vacances

3. Recyclage

date

employé

jours

nom

paye
période
poinçon

semaine
service
signature
superviseur

vacance

Mots courants

3. Recyclage

amélioration
appareil d'instrumentation
arrêt
avant-bassin

balai
balance
balayer
banc de scie
bêleuse
blocage
boîte
bouchon
bouteille
brûler
brûlure
bureau

caisse d'économie
calculer
camion
camionneur
carton
casier
chaîne
chapeau
chargeuse
chariot élévateur
charroyer
choc thermique
classer
client
colleur
conduire
congédier
Consumers Glass
contenant
contremaître
convoyeur
coopératif
coupure
courroie
crayon
croche

danger
défectueux
dentier
département
détecteur
directeur

école
électricien
électrocuter
emballer
encaisseuse

Mots courants (suite)

3. Recyclage

entorse lombaire
entreposage
entreposer
entrepôt
enveloppeuse
expédition
expérience

fabriquer
fête
fissure
formage
foulure
fourneau
fournisseur
fracture
freiner

gardien
glaçure
graphique
guide

haut voltage
huileur
hydrostatique

infirmière
inspecteur

jet de sable
jeter
journées accumulées
jugement

laveur
lock-out
lubrificateur
lunette

machine
magasin
maintenance
mal de dos
mal de tête
manger
manoeuvre
marcher
marque
matériel
mécanicien
médecin
médical
menuisier
micromètre
mise à pied
monteur de palettes

Mots courants (suite)

3. Recyclage

moppe
moteur
moule
moule éboucheur
opérateur
ordinateur

palette
palettiseur
panneau électrique
pansement
pause-café
perceuse
perfectionniste
photocopie
pinceau
poinçonner
propreté

queue de rat

rabot
rapide
rapport
réduction
réemballage
remorque
remplir
resélection
réservoir
rouleau

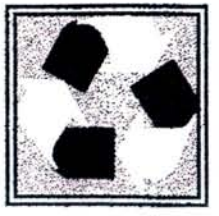
sabler
salopette
sécurité
sélecteur
silicone
soudeur

souliers de sécurité
spécialiste
station
station de lumière
strappeuse
supérieur
surveiller
syndicat

tableau
tambour
téléphone
tendinite
tête de soufflage
tournevis
transférer
transpirer
transporter
trieur

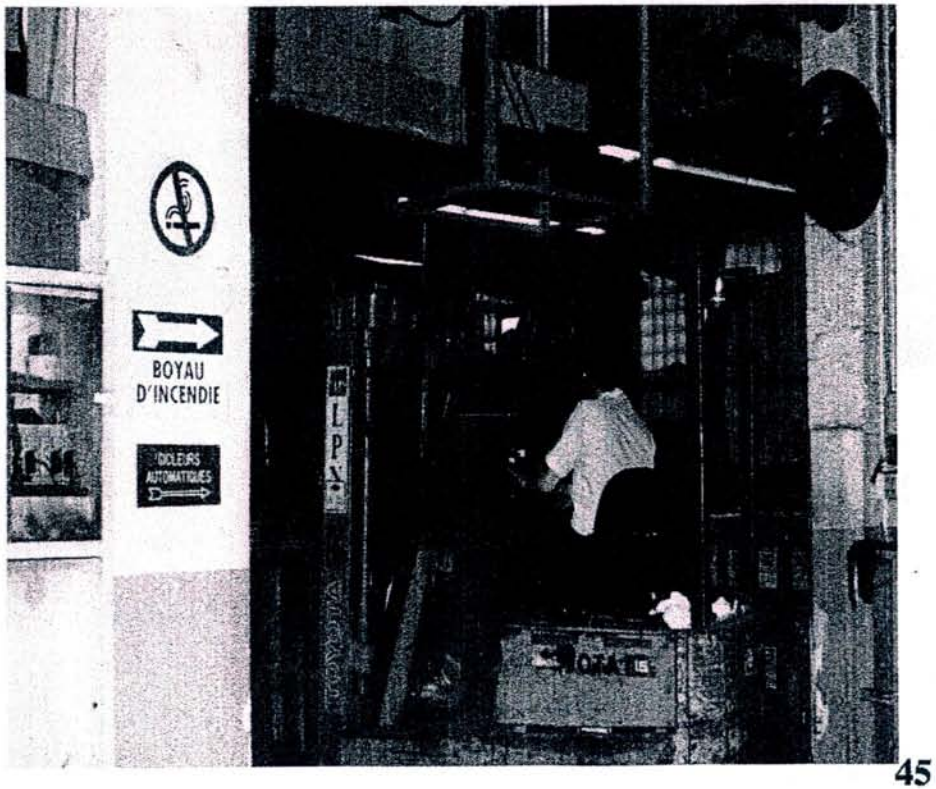
Mots courants (suite)

vacances
vadrouille

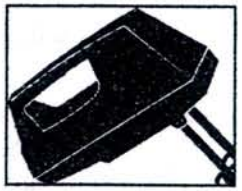


3. Recyclage

Chariot élévateur



4. Restauration



-Outils de travail

-Règlements

-Outils de travail

4. Restauration

approvisionnement
araignée
assiette à dessert
assiette creuse
assiette plate
autocuiseur

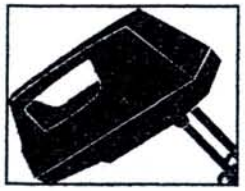
bac en plastique
bain-marie
balance de cuisine
batteur à main
beurrier
bol
bols à mélanger
bouilloire
brosse à légumes

cafetière
casserole
chambre froide
chariot
chinois
congélateur
coupe de légume
couperet
couteau à bifteck
couteau à chef
couteau à découper
couteau à désosser
couteau à éplucher
couteau à filet de sole
couteau à jambon
couteau à pain
couteau de cuisine

couteau de table
cuiller
cuiller à crème glacée
cuiller à égoutter
cuiller à trou
cuiller doseuse
cuillère à boulette
cuillère à patate
cuisinière électrique
cul de poule(gros récipient)

décapsuleur

économe
écumoire
entonnoir
éplucheur



-Outils de travail (suite)

4. Restauration

essoreuse à salade

fouet
four à micro-ondes
fourchette
fourchette à découper
frigidaire
friteuse
fusil

gril électrique
grille-pain

hachoir
hotte

louche

marmite
mélangeur
mesure
minuteur
moule à fond amovible
moule à gâteau
moule à muffins
moule à quiche
moule à tarte

ouvre-boîtes

pan à biscuit
pan carré
pan rond
passoire
pelle

percolateur
pichet
pilon
pince
pince à spaghetti
pinceau à pâtisserie
planche à découper
plaque à biscuit
plats à four(rôtissoire)
poêle à frire
poire à jus
poivrière
presse-agrumes
presse-ail

rame en bois
râpe

-Outils de travail (suite)

4. Restauration

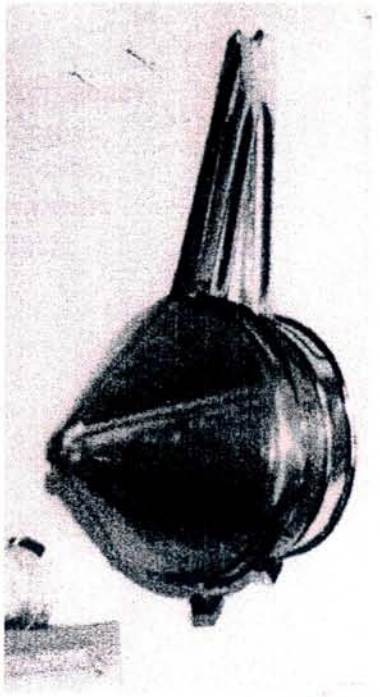
robot culinaire
rouleau à pâtisserie
roulette de pâtisserie

sablier
salière
salle
saupoudreuse
secteur
soupière(grosse bertha)
spatule
standard
sucrier

table de travail
tamis à farine
tasse à café

thermomètre à viande

Un chinois



-**Règlements**

4. Restauration

abolie
accessible
activités parascolaires
allocation
altération
anniversaire
aucun enfant
avance
avancer
avantage
avenir

bas de nylon
bermudas aux genoux
bijou
bonus alimentaire

carte de temps
casquette
cigarette
communauté
compagnonnage
compréhension
comprendre
congédiement

d'entraide
dessert
difficile
direction
disposer
don au personnel

état du crédit repas

fait
fiche
fierté
fin d'emprunts d'argent

gilet sans manche

intégrer
interdit

journée de maladie
juge

liquidité

mesure extra
milieu du travail

-Règlements (suite)

naturel

objet
oeuvres publiques
ongles courts

pantalon court
plat principal
pop mobile
port du sarrau
pourboire
propre

repas menus du jour
réseau
résille
responsable permanent

4. Restauration

s'approprier
salade
sollicitations monétaires
soulier fermé obligatoire
soupe
stock

technique des métiers
travail en équipe
travailler

uniformes
utile

vacance
vernis à ongles
vie

vivre

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Transformation

automatique

babillard
ballot
boîte électrique

carriste(conducteur de chariots)
conversion
csst

dilue
douche oculaire
drum(contenant)

ébardeuse(machine)
embouteillage
entreposage
étriveuse(machine)
expéditeur

granulateur(machine)
grosse production

lift(élévateur)

magasin
manuelle
master batch(grosse production)
mécanique
mélange
mélangeur
moule

plastique
port de lunette
pression

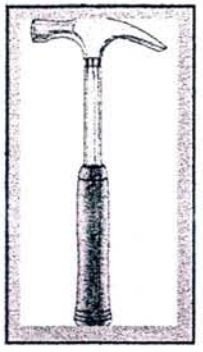
réservoir
résine

rotation

semi-vrac
silo

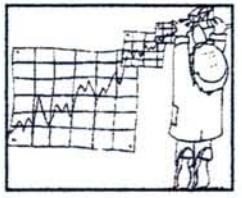
trimeuse(machine)

vérificateur



II. INSTRUMENTS DE TRAVAIL

1. Assurance collective

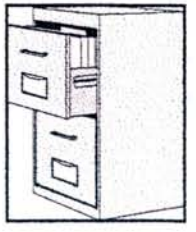


3. Grille d'évaluation

5. Grille de production

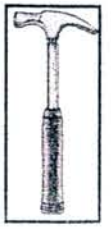
2. Billet de livraison

4. Grille d'inspection

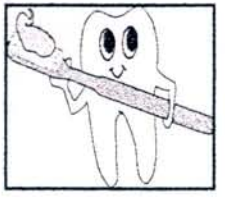


6. Inventaire

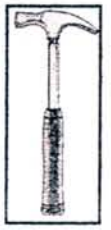
1. Assurance collective



-Assurance maladie



-Soins dentaires



-Assurance maladie

1. Assurance collective

accidentelle
admissibilité
anniversaire
année
année civile
app(appartement)
assurance-maladie
attestation d'étude
autorise

blessures corporelles

carte
code postal
communication
compte
conjoint
contrat

conventionnel

date
date de naissance
déclaration
devis
divulgation

employé
enfant à charge
erronée
étudiant
expert-conseil

factures
fille
fils
formule

frais

garanties
handicapé

jour

lien de parenté

maladie physique
médicament
mois

no(numéro)
nom de famille
nom du patient
numéro d'assurance sociale

1. Assurance collective

-Assurance maladie (suite)

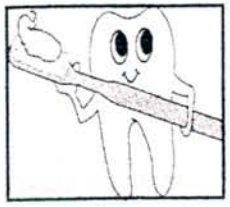
original

paiement
police d'assurance
première réclamation
prestations versées
province
public

reçus
régime
remplissez
retarde
rue
sexe
signature
soins médicaux

traitement

ville



-Soins dentaires

1. Assurance collective

accident de travail
adresse
année
application de fluorure
assuré
avantages sociaux

bureau

code postal
complications
conjoint
consens
couronne

date du traitement
déclaration
dentiste
dent
détartrage
diagnostic

examens buccaux

fixation des prestations
frais

garantie

honoraire

indemnité

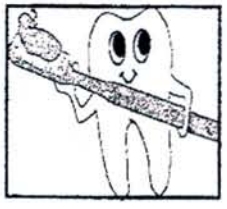
jour

laboratoire
mandataire
mois
nettoyage
nom
nom du patient

participant
patient
ponts
prénom
présente
programme
prothèse

radiographie
règlement
renseignement
réservé
restauration de base

soins d'urgence

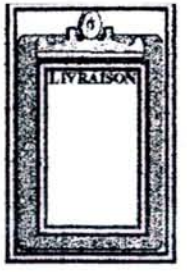


-Soins dentaires (suite)

1. Assurance collective

soins dentaires
soins rendus
surface

téléphone
total
traitement



2. Billet de livraison

allocation
annulé

boîte

caisse
camionneur
client
commande
commandée
compte
condition

date
description

expéditeur

final

livraison
livrée
localisation

marchandise
matière dangereuse
montant

no produit (numéro)
nombre

partiel
poids palettes
prix

qté (quantité)

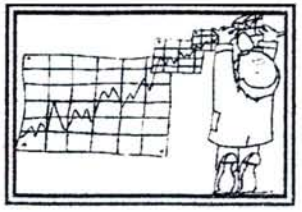
rendez-vous

suivre

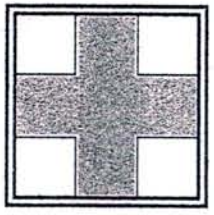
TPS
TVQ
total

unité

via

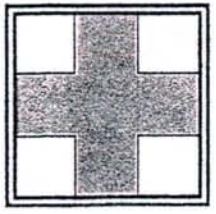


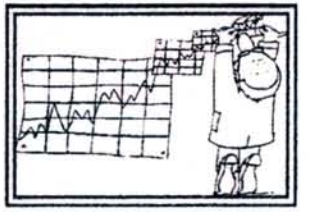
3. Grille d'évaluation



- Domaine hospitalier

- Restauration





- Domaine hospitalier

3. Grille d'évaluation

accomplir
adéquatement
apparence
aptitude
assiduité
attribuer
autorité

capacité
classification
comportement
comprendre
connaissance
cordialité
correctement

date d'entrée
diriger

ensemble
équité
évaluer
exactitude
exécution
expérience

faculté
flexibilité
formation

implications
importance
initiative
intérêt
jugement

maintien
matricule
maturité

nom

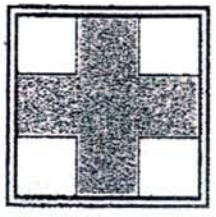
opinion

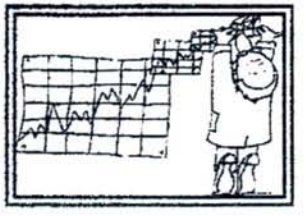
ponctualité
productivité
propreté

qualité

rapport avec autrui
réagir
relation

service
situation
supervision



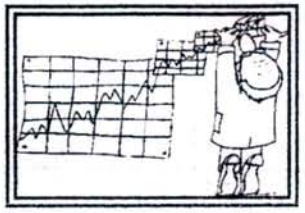


- Domaine hospitalier

3. Grille d'évaluation

tâche
trait
travail

volume



3. Grille d'évaluation

- Restauration

aime le plus
aptitude
assiduité
autonomie

bon

capacité
comprendre
connaissance technique
critique
cuisine

désir
développement

efficacité
équipe
équipement
esthétique
évaluation

exécution

grille

honnêteté
humeur

initiative
insatisfaisant
instructions
intégrer

moins

passable
planifier
ponctualité
portions
préoccupation
présentation
projets de travail

propreté

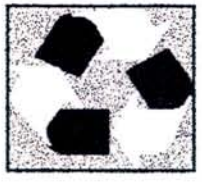
qualité des produits

règles d'hygiène
remarque
résistance au stress
respect
resto

sécurité
souci de l'économie
stage

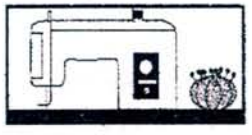
tâche
température
très bon

4. Grille d'inspection



- Recyclage

. Inspection d'emballage
. Inspection journalière
. Rapport automatique
. Rapport de contenant défectueux
. Vérification revêtement

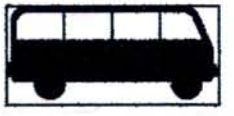


-Textile

. Inspection et production
. Rapport d'inspection

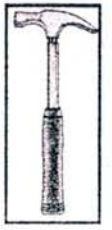
-Transformation

. Contrôle de qualité
. Hypochlorite
. Localisation du stock
. Procédure de débranchement
. Procédure de raccordement
. Procédure de réception
. Procédure de vérification



-Transport

. Condition du véhicule
. Rapport d'emballage
. Contrat



-Recyclage

4. Grille d'inspection

Inspection d'emballage

code
contremaître

date
défaut
douz(douzaine)

emballé
équipe

heure

inspecteur
inspection
item

moule

numéro

palette
pos(position)
problème
produit

test

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

-Recyclage

4. Grille d'inspection

Inspection journalière

1er stage

aftercooler
aiguille
air
ampérage
atmosphérique

bon

charge
clair
compteur
condition
contrôleur
commentaire

date
degrés

eau
entrée

filtre

gear box

heure
huile

intercooler

mix
moniteur
moteur

neige
noire
nom
nuageux

off
on

pluie
pression
principale

refroidisseur
rouge

set point
sortie

tag air dryer
température externe
travail

vibration

-Recyclage

Rapport automatique

a.g.r.
aspérité
automatique

bague
balançoire
bouillon

collet
compte
corps
cou
croche

défaut grossier
dip

échantillon
épaule

fendue
fissure

4. Grille d'inspection

fond
fond sale

glaçure

hauteur
heure

inex(inexpliquer)
initiale
inspection

joint prononcé

lecteur cavité%

machine
max.(maximum)
mécanicien
min(minimum)
mince

obstrué

p.c.d.
plug
point
presseur(lbs)

quotidien

rapport
rejet
rempli
roche

tache d'huile

vérification

-Recyclage

Rapport de contenant défectueux

4. Grille d'inspection

capacité
cavité
choc thermique
client
contenant
contremaître
contrôle de la qualité

date
défectueux

emballage

formage

heure

impact minimum

no de marchandise(numéro)
no de moule(numéro)

poids
pression interne

qualité visuelle

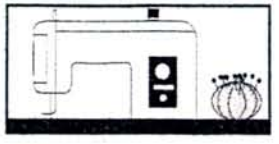
rapport
recuite

surintendant d'équipe

-Recyclage

4. Grille d'inspection

Vérification revêtement	
angle de glissement	lbs(livres)
	ligne
date	
degré	min(minimum)
	mitoyenne
égratignure	
emballage	paroi
enduit	
épaisseur	revêtement
essai	
	sec
finie	supérieure
formage	
	trempe
heure	
	vérificateur
inférieur	



-Textile

Inspection et production

4. Grille d'inspection

actuel
adapteur(pièce mécanique)
alimentation
approuvé
attente

ballon(pièce mécanique)
bas
bobine(pièce mécanique)
broche(pièce mécanique)
broche à frein(pièce mécanique)
brûlage

cadran
commentaire
contremaître
contrôle
couleur
couvrage
covering

date
début
départ
département
détail
dimanche
droite

électrique
engrenage
équipe

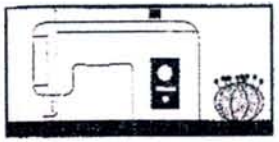
fadis(pièce mécanique)
fil
fin
fin de production
fonctionnelle
fourchette(pièce mécanique)
frein anit(pièce mécanique)

galet(pièce mécanique)
gauche
genre
gros galet(pièce mécanique)
grosseur
guide

haute
heure
humidité

inconnue
inspection

jeudi



-Textile

Inspection et production (suite)

4. Grille d'inspection

leveur
lib-break(pièce mécanique)
lundi
mardi
mécanique
mercredi

net
no carte(numéro)
no machine(numéro)
opération
opératrice

paquet
patron
plastique
porcelaine blanche

position
poteau
prod(production)
production

raison
rapport
réception
remarque
réparation
repartir
rouleau

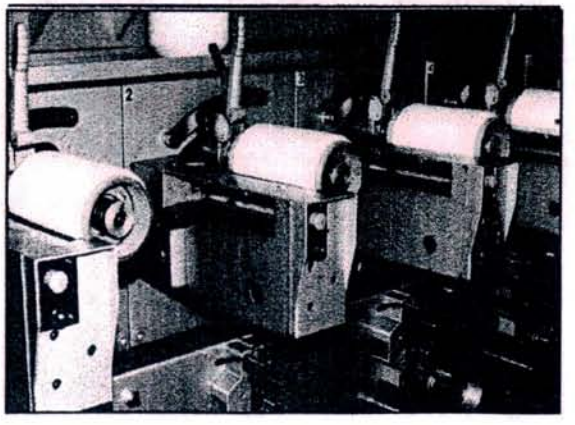
samedi
section
sign(signature)
support

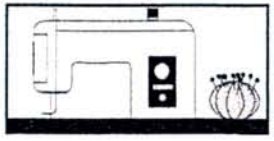
température

temps arrêt
total
traverse
trouble mécanique
tube

vendredi

Bobine





-Textile

Rapport d'inspection

4. Grille d'inspection

a:attente
adapteur
alimentation
anti-ballon(pièce mécanique)

balance
bobine
broche(pièce mécanique)
broche à frein(pièce mécanique)
broche chaude
brûlage

casse
change
courroie
couvert
couvert perflex(pièce mécanique)
covering

début
doff(opérateur en textile)
duffing(opération)

engrenage

fadis(pièce mécanique)
fil hors du guide
fils sales
fourchette
frein

galet(pièce mécanique)
guide fil

heure de marche
humidité

inconnue

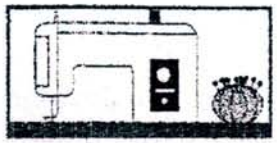
lib-break(pièce mécanique)
lycra(sorte de fil)

m:mécanique

noeud
noué
nylon

o:opératrice

p:position
pas de queue
passé
patron
pesée
petits tubes
plastique guide pesée
porcelaine blanche



-Textile

Rapport d'inspection (suite)

4. Grille d'inspection

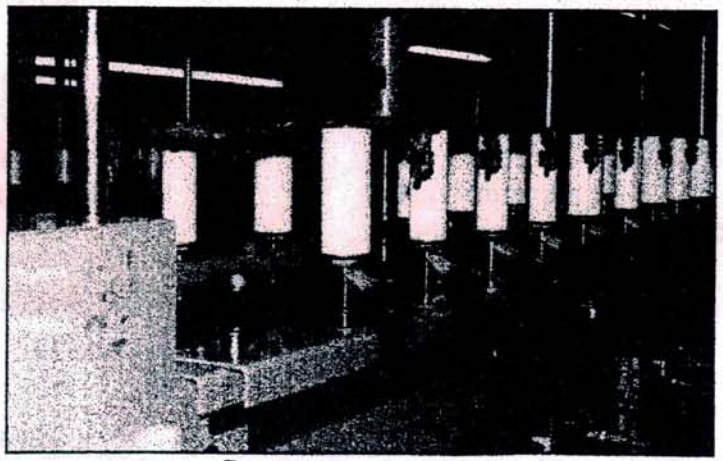
poteau

réception
répare
roule
rouleau de tirage

saleté
scragg(machine)
spooling(machine)
support paquet

température
traverse
trouble électrique
tubes mal bâtis

vibre



Lycra (fibre synthétique)

-Transformation

4. Grille d'inspection

Contôle de qualité

18 lbs 10 oz(livres,onces)
19 lbs 4 oz(livres,onces)

anomalie

colle empilage
contremaître

date
débit d'eau
débit parfum

format

heure

impression
index
nit(initiales)

ligne

observation

poids
produit
propreté

quart

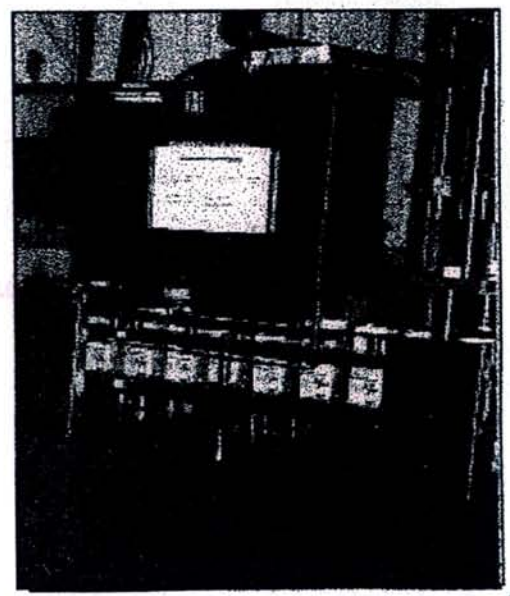
refracto(instrument de mesure)

scellage boite
signature

torque(collier rigide en métal)

volume

scellage boîte



-Transformation

4. Grille d'inspection

Hypoclorite

% NaOCI(hypochlorite))
% NaOH(sodium,oxygène,hydrogène)
18%

arrivée

bassin no(numéro)

camion
chargement
concentré

date
déchargement
départ
dilution

gravité

heure
hypochlorite(terme chimique)

initiale

javel
labo(laboratoire)

limpidité
litres

production

quantité

remplissage

sodium

température
type

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

-Transformation

Localisation du stock

4. Grille d'inspection

date

format

hauteur

jour

location

marque

no de ligne(numéro)
no rapport de production(numéro)
nuit

produit

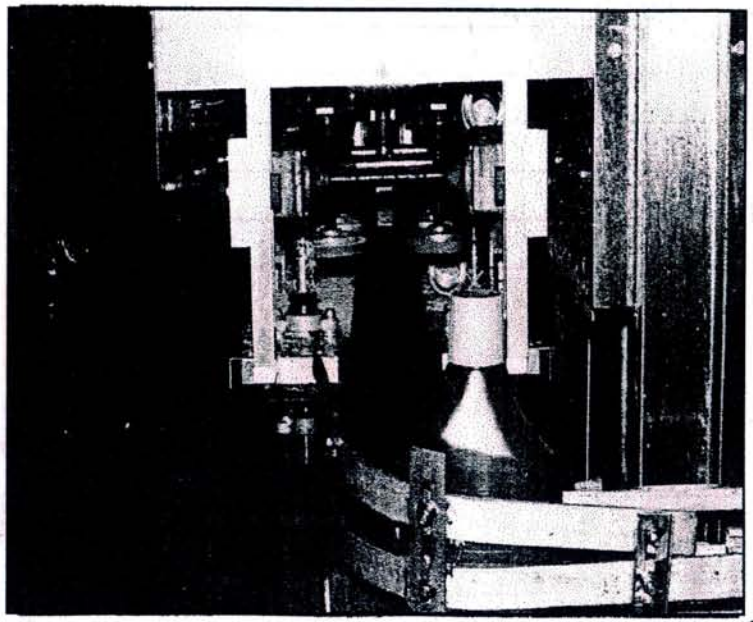
quantité

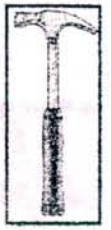
responsable

soir

total

No. de ligne (numéro)





-Transformation

Procédure de débranchement

2 personnes

avertir

bassin

chlore

contremaître

débranchement

entrée du flexible

équipe

équipement respiratoire

filtre

4. Grille d'inspection

l'union

ligne

point de vérification

pression

responsable

tuyau d'aspiration

valve de chlore

_____

_____

_____

-Transformation

4. Grille d'inspection

Procédure de raccordement		
bassin de chloration		
caustique(corrosif)		
flexible		
ligne de chlore		
responsable		
tampon		
tuyau de raccordement		
union		
valve		
visuellement		

-Transformation

4. Grille d'inspection

Procédure de réception

boyau

camion
chargement
citerne

échantillon

fuite

identification
important

laboratoire
lieux
ligne d'hypochlorite
liquide

mousse

neutralisation

panneau
pompe

sec
souffler de l'air

temps alloué
trou d'homme(petite ouverture)

valve
vanne
vérifié par

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

-Transformation

4. Grille d'inspection

Procédure de vérification

25%(pourcentage)
50%(pourcentage)
75%(pourcentage)
100%(pourcentage)

2 bassin

acide sulfurique(terme chimique)
agitateur(machine)

baril

commentaire
conduit de plastique

date

électrode
enregistreur

lecture ph mètre

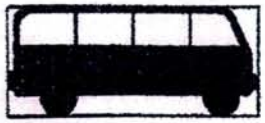
neutralisation
niveau

palette
papier
pompe

sous-sol
submersible
système

tuyauterie

vérification journalière



-Transport

Condition du véhicule

4. Grille d'inspection

actuel
aileron
aileron arrière
allume
année
antenne
aplati
arrière
avant

bande décorative
batterie
bavette
boîte sur le camion
bosse
bossé
boue
brèche
brisé

calandre
caoutchouc
cendrier
clé anglaise
clé dans la voiture
cigarette
coffre à gant
coffre arrière
console avant
coté droit
coté gauche
couper
craqué
creux
cric

décoloré
détaché
disposition
droite

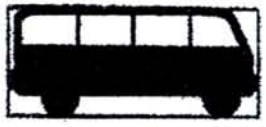
égratigné
égratignure
empilé
enjoliveur
essuie-glace arrière
essuie-glace avant

feux de brouillard

garde-boue
garniture arrière
garniture avant
gauche
gaz

impact

lecture



-Transport

Condition du véhicule (suite)

4. Grille d'inspection

lettrage
licence
lumière
lumière intérieure

miroir
modèle

numéro de série

odomètre

panneau de contrôle
perdu
plancher
plein
pneu
poignée de porte
porte
porte arrière
porte-bagages
porte du camion

radio
radio cassette
roue de secours
rouiller

système d'échappement

tableau de commande
tapis
téléphone cellulaire
toit
toit ouvrant

trou
troué

véhicule
vérification huile

-Transport

Contrat

4. Grille d'inspection

0,60$/livre par article
2 pi
4 pi
4,00$ la livre
8,82$ le kilo

agent
animaux domestiques
appareil électroménager
argent
articles fragiles
assurance

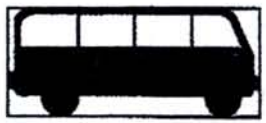
balance
baril à vaisselle
boîte

cadre
camion
chargements bruts
chargement
charger
chariot
chauffeur
chèque certifié
client
collant
comptabilité
condition
conditions usuelles
consignataire
contact
couleur
coût forfaitaire
coût total

cueillette

dactylo
dactylographiées
déménagement
denrées périssables
dépôt
dévidoir
divergence
document
dommage

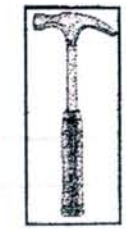
électronique
emballage
employé
entreposage
espèce
estampillée



-Transport

Contrat (suite)

4. Grille d'inspection



étiquette
évaluation
expédié
explosif

facturation
filière
formule
frais
frais en vigueur

horaire
horloge

imprimée
instruction
instrument de musique

jour
jour du chargement

laque
lieux de livraison
livraison
livrer
local

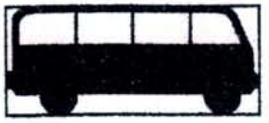
manuscrite
manutention
marbre
marchandise
mécanique
mille

no d'unité(numéro)
nom

nombre
nombre d'employés
non-négociable

ordre de service
original
outil

panneau
papier
payables en argent
payé d'avance
perdue
phonographe
piano
plan
plante
poids



-Transport

Contrat (suite)

4. Grille d'inspection

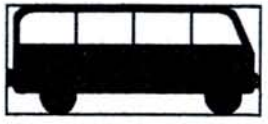
poids estimés
police d'assurance
prime
prix forfaitaire
prov (province)

radio
recto
reçu
reçu copie client
reçu pour paiement copie comptabilité
remboursement
repesé
rue

section
spéciale
statut

tarif
tarif par 100 lbs
taux
taux horaire
taxe
temps écoulé
transport

vérifié
verre
verso
ville



-Transport

Rapport d'emballage

4. Grille d'inspection

1 1/2 pi.cu.(pieds cubes)
2 pi.cu (pieds cubes)
4 pi.cu (pieds cubes)
5 pi cu (pieds cubes)
6 pi cu(pieds cubes)

à fusil
abat-jour
accessoire
année
autre

blanc-atlas oakville
bleu-enregistrement
boite à vaisselle
bris du matériel

consignataire

déballage

formulaire
frais de base

garde-robes
grand miroir

jaune-destination

matelas couchette
matelas double
matelas queen
matelas simple

nombre

observer

petit miroir

qté(quantité)

registre
rose-client

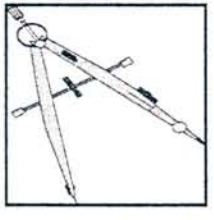
satisfait
services
signature
sur mesure

tel(téléphone)
transporteur
travail exécuté

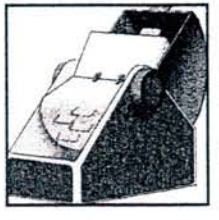
utilité

verte-livraison

5. Grille de production

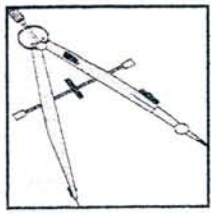


-Contrôle des angles



-Fiche de contrôle

-Fiche technique



-Contrôle des angles

5. Grille de production

angle
bague

cavité
circonférence
contrôle

date

équipe

fini
formage

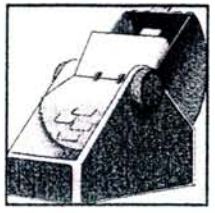
heure

item

lettre

machine
maximum
mesure
minimum acceptable

procédure



-Fiche de contrôle

5. Grille de production

action

cav(cavité)
contact
contrôle
corps

date

épaisseur
équipe

fiche
fond

heure

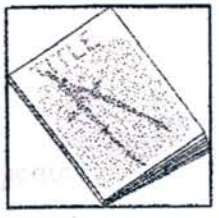
knurling

machine#(numéro)
moule#(numéro)

palette
point

revérification

section



-Fiche technique

5. Grille de production

% emballé(pourcentage)

absolue
angle
ap5
application
appliquer

bague
bandes
boîte
brisé

capacité à rebord
choc thermique
client
colle
contact
contenant
corps
cou
croche
croche sur 360

défauts
dernière production
diamètre
dimension

enfoncé
épaisseur
essai
étiquette

fendue
fini
fissure
fond
freq(fréquence)

gonflé

hauteur
heures

impact
item

knurling

longueur

-Fiche technique (suite)

5. Grille de production

lubricité

max.(maximum)
mesurer un set
min(minimum)
mince

ovalité

palettes retenues
performance
plainte
poids
poly(polyvalence)
pression interne
procédure
production

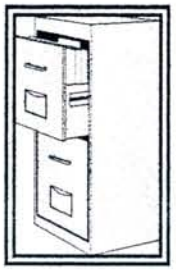
push up

recuisson
repère
répétitif
revêtement

tin

usine

verre



6. Inventaire

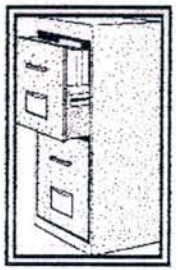
- Recyclage - catalogue

- Transformation

-Transport

. Inventaire plastique . Liste des produits

. Inventaire du matériel transporté . Rapport d'inventaire



6. Inventaire

anse
apparence froide
aspérité

baffle
bague sale
balançoire
bavure
bouillon

capacité
carton
cassé
choc thermique
col obstrué
collet

contenants collés
contusion
cou
coupante
courroie
croche

épaule
étiquette

fendue
fini
fissure
fossette

glaçure
gonflée

grain

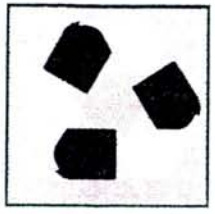
hauteur
huile

impact
inégal

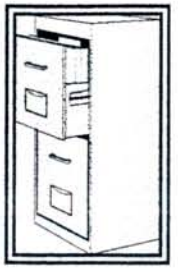
joint prononcé

laveuse
ligne

mal remplie
marque
marque de couteau
mince



- Recyclage - catalogue (suite)



6. Inventaire

motif

ouvert
ovalisé

palettisation
panneau enfoncé
partition
pincé
plaque
pli
poids
poignée creuse
pression

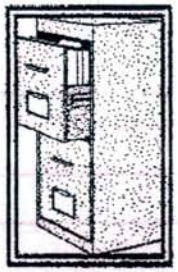
queue de rat

rang
recuisson
repère
revêtement
roche
ruban gommé

sale
soufflé

tension

- **Transformation**



6. Inventaire

Inventaire plastique

100 Kg(kilogramme)
200 Kg(kilogramme)

baril
blanc bleu
bleu
boîte

commander
Concord(nom d'un produit)

date
description
Duex purple(nom d'un produit)
Dunlop(nom d'un produit)

fournisseur

huile
hydraulique

jaune

Korlin(nom d'un produit)

liste

"Master batch"(grosse production)
minimum

plastique

quantité

rose

rouge

signature

Techno(nom d'un produit)

vert
vert aqua

- **Transformation**

Liste de produits

aluminium
ammoniaque
assiette tarte

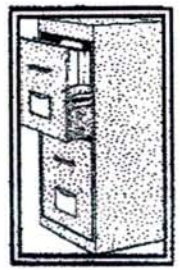
bavette
Boni(nom d'un produit)

Caméo(nom d'un produit)
Cavalier(nom d'un produit)
code printer(code de l'étiquette)
Coop(nom d'un produit)
crème nettoyante

description

Food city(nom d'un produit)
format
fusil

gâteaux ronds
Grad(nom d'un produit)



6. Inventaire

hypochlorite(terme de chimie)

Iga(nom d'un produit)
industriel

javel

lasagne
Lavo(nom d'un produit)

Métro(nom d'un produit)
moule
Multi choix(nom d'un produit)

nettoie-vitre

Old dutch(nom d'un produit)

pâté
personnel
pizza

plat pains
pompe
protège-tourneau

recharge
récurant
Richelieu(nom d'un produit)
rôtissoire

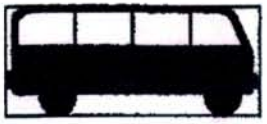
Steinberg(nom d'un produit)

tartelette

utilitaire

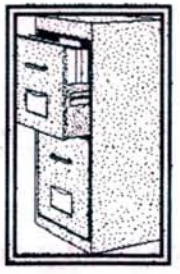
vinaigre

Zel(nom d'un produit)

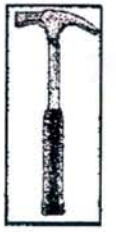


-Transport

Inventaire du matériel transporté



6. Inventaire



affiler
arrière
at-attique
av-affiler

bb-chambre du garçon
bc-balcon
bien de consommation
biens
bm-soubassement
bouton
bras
brisé
brûlé
bt-salle de bains

carton
chargement
chauffeur
client
coin
contenus inconnus
copie
côté
coupé
cs-vide sanitaire

dangereuse
date
déchiré
décoloré
déformé
démantelé
descriptif
desserré
dessus
destination
devant
dn-entre
dos
dr-salle à manger
droite

ébréché
écaillé
écrasé

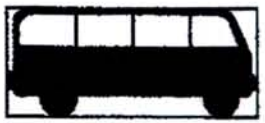
égratigné
empaqueté par
enfoncé
er-salle d'exercice

fini
fond
fr-famille de la chambre
frotté
fy-foyer

garantis
gauche
gb-chambre de la fille
gg-garage
gr-salle de jeu

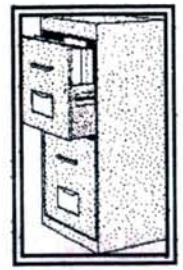
humide
hy-couloir

intérieur
item



-Transport

Inventaire du matériel transporté
(suite)



6. Inventaire

kt-cuisine

lb-bibliothèque
lf-grenier
liste véridique
livraison
lk-case
location
loi
lr-salle de séjour
ly-buanderie

manquant
marqué
mb-chambre à coucher
milieu
moisi

numéro

of-office
origine

patte
peinture
pièce
placage
plié
poignée
porte

rembourrée
réparé
rouillé
roulette
rr-salle de divertissement

sb-chambre d'ami
sh-hangar
siège
signé
souillé
soulevé
sr-solarium
st-salle d'entreposage

substance
symbole

t.v. noir et blanc
t.v.couleur
tablette
taché
tiroir

usé

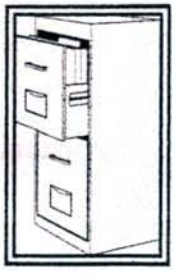
verre

ws-atelier

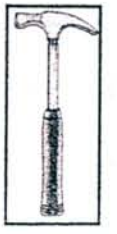
yd-cour extérieur

-Transport

Rapport d'inventaire



6. Inventaire



blanc-compagnie
bleu-agent d'enregistrement
boîte
bris

camion
certifie
chauffeur
client
code des séries
consignataire
couleur

date
déballé
descriptif
description
destination

emballage
étiquette
exception
expédier

insatisfait
inventaire

jaune-agent destination

liv.(livraison)

matériel

no d'ordre(numéro)
no.iden(numéro identification)
nombre

origine

pièces
prov(province)

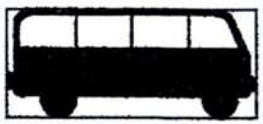
qté(quantité)

responsable
rose-client
rue

satisfait
symbole pour condition location

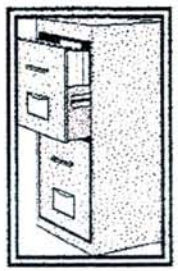
téléphone
transporteur

verte-agent de livraison
ville

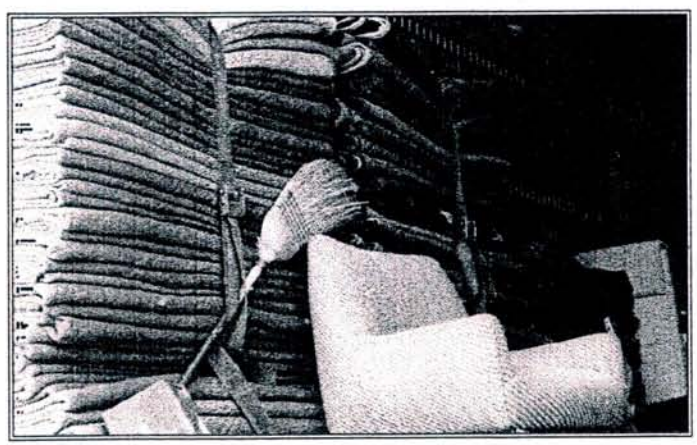


-Transport

Rapport d'inventaire (suite)

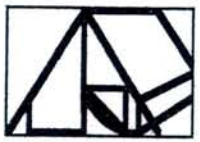


6. Inventaire

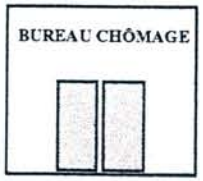


Emballage

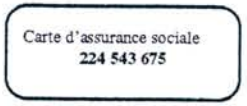
III. RAPPORTS ADMINISTRATIFS



1. Choix des vacances



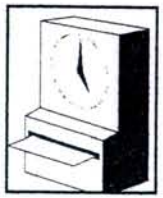
3. Demandes d'emploi



5. N.A.S

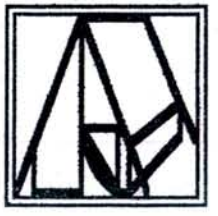
7. Rapport d'accident

2. Déductions fiscales



4. Feuille de temps

6. Rapport d'absence



1. Choix des vacances

août
avril

convention

hres(heure)

îlot

jour
juillet
juin

mai
matr(matricule)

nom

octobre

prénom

septembre
statut

titre d'emploi

vacances

2. Déductions fiscales

adresse
ancien
annulation

chèque personnalisé
compte
crédit

demande d'autorisation
dépot-direct

identification
institution financière

modification

no de compte(numéro)
no de l'inst(numéro de l'institution)
no de la succursale(numéro)

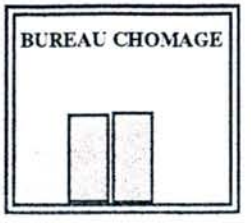
no employé(numéro)
no service(numéro)
nom
nom de la banque
nom du service
nouveau
nul

prénom

signature
succursale

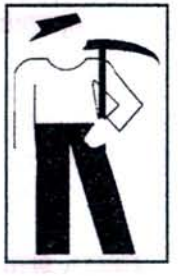
versement automatique

_____
_____



3. Demandes d'emploi

- **Domaine hospitalier**



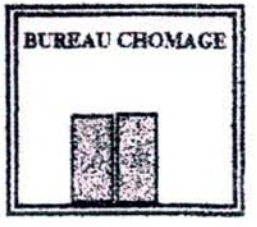
- **Domaine minier**

. Emploi spécifique
. Offre de service
. Poste vacant

- **Recyclage**

. Emploi interne
. Emploi spécifique

- **Restauration**



- Domaine hospitalier

agressif
application
approvisionnement
attestation

bénéficiaires
bénévolat
buanderie

certificat de naissance
chaîne
chaîne de production
chance égale
charges de + de 33lbs(livres)
classement
conservons
convoqué en entrevue

direction des ressources humaines

entretien ménager

3. Demandes d'emploi

évaluation écrite
examen médical

handicap

juste valeur

langue
limitation physique
lingerie
lue

malade
membre d'une association
messagerie
moins d'un sec.V(cinq)

parlée
permis de pratique
personnel de soutien
personnes âgées

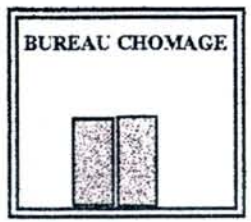
polisseuse à rotation(outil)
portionnement
préavis requis
public

qualification

réception
référe
restauration

service alimentaire
six mois
sociologique
soins d'hygiène
sommaire
sur appel

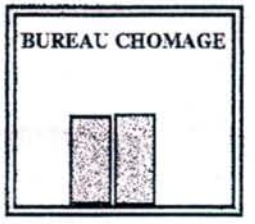
titre d'étudiant
travail



3. Demandes d'emploi

- Domaine minier

Emploi spécifique
anglaise
association
autochtone
Chicoutimi
colloques
curriculum vitae
dactylo française
dictaphone
entrevue
étude
examen médical
handicap
institut technique
langage
logiciel
M/Mn(mot,minute)
membre
micro-ordinateur
minorité visible
Montréal métropolitain
motif du départ
principales réalisations
Québec
Rouyn - Noranda
saisie de données
séminaire
Sherbrooke
société
stage
standard téléphonique
statistique
sténo
test
traitement de texte
Trois-Rivières



3. Demandes d'emploi

- **Domaine minier**

Offre de service

année
autre

candidat potentiel
carrière
complémentaire
connaissance
curriculum vitae

détail
diplôme

écrite
emploi postulé
espace

expérience

fonction

Gaz Métropolitain

langue

no employeur(numéro)
nom
nom du supérieur

objectif

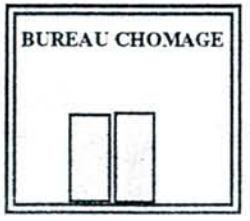
parlée

poste
poste actuel
prénom

réalisation
région
renseignements personnels

scolarité
service
spécialisation

téléphone
travail



3. Demandes d'emploi

- Domaine minier

Poste vacant

à l'usage
ancienneté syndicale
avis

classe

date

embauche
emploi actuel
étude

nom

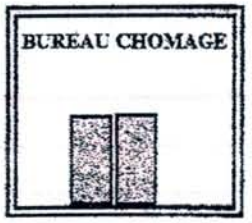
poste téléphonique

prénom

région
relations industrielles

service
signature
supérieur immédiat

titre



3. Demandes d'emploi

- Domaine minier

Mots courants

académique
adresse
anglais
année
autochtone
autres

célibataire
certificat
choix
classe
code postal
collégial
commençant
communiquer
compagnie
complet
connaissances particulières

cours

date de naissance
départ
diplôme
disponibilité
divorcé
durée

embauche
emplois antérieurs
emploi postulé(demandé)
emplois récents
employeur
état civil
été
examen médical
expérience de travail

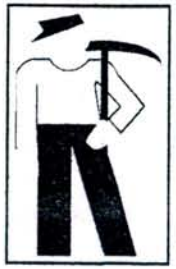
féminin
fonction
formation
formation académique
formation générale
formulaire
français

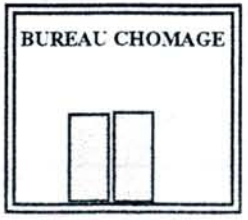
handicap

information additionnelle
institution

jour

langues parlées
lieu de l'institution
localité





3. Demandes d'emploi

- **Domaine minier**

Mots courants (suite)

marié
masculin
minorité visible
mois

niveau
no assurance sociale(numéro)
nom
non
nuit

occupation
option
oui

partiel
permanent
permis de conduite

poids
prénom
primaire
province

raison du départ
référence
renseignement
responsabilité
rotation

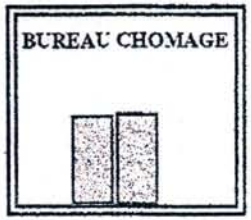
salaire
salaire actuel
secondaire
séparé
sexe
signature
soir

soussigné
spécialisée
supérieur
supérieur immédiat
sur appel

taille
téléphone
temporaire
temps
titre

universitaire

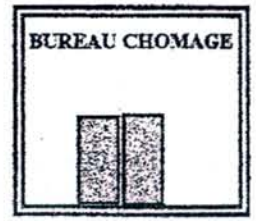
veuf
ville



- **Recyclage**

3. Demandes d'emploi

Emploi interne	
certificat contremaître cours suivis	
équipe désirée	
no de pointage(numéro)	
permanent postulant	
raison du refus	
temporaire	



- **Recyclage**

3. Demandes d'emploi

Emploi spécifique

activité sportive
autre prénom

base horaire

cochez
Consumers Glass
correspondance

dossier

école commerciale
engagé

gestion

instructions

lecture de plans
légalement
lettres moulées
lisiblement

machine à perforer

non

opérateur de monte-charge
origines nationales
oui

parents
participation
permanent
permis de travail
prix scolaire

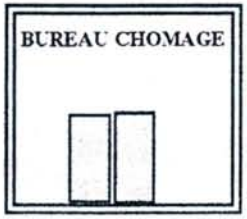
programme de formation

raciale
raison du départ
référence
religieuse
rôle

sécurité
soudage
surveillance

usine

valide



3. Demandes d'emploi

- Restauration

agent
aide sociale
alcoolisme

bureau
burn-out

choix
co-location
confidentiel
coupure sur le chèque

difficulté

en chambre
expérience

familiale

goût

habite

intérêt

loyer

montant mensuel actuel

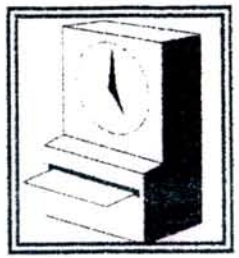
nbrs enfant à charge(nombres)

physique
psychologique

santé
situation budgétaire

temps total

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____



4. Feuille de temps

A- absence non autorisée
AASS- absence autorisée absence
AD- adoption
ancienne
ancienneté
approuvé
At- accident de travail
avance

BP- formation
BQCN- congé de nuit en banque

CMA- maternité
CN- congé de nuit
CND- libération Club Notre-Dame
code courante
CPA- paternité
CPS- congé psychiatrique

D- décès
demi-taux
département

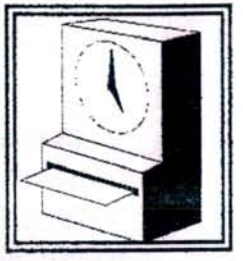
EC- étude, congrès, colloque

F- férié
F1- confédération
F10- Vendredi Saint
F11- Lundi de Pâques
F12- Fête de Dollard
F13- Saint-Jean Baptiste
F2- Fête du travail
F3- Action de grâce
F4- Fête du souvenir
F5- Immaculée Conception
F6- Noël
F7- Jour de l'An
F8- Jour des Rois
F9- statutaire férié
fin probable

HA- Sur Appel
heure

îlot
initiale

J- Jour



4. Feuille de temps

jour
JU- juré

légende
LP- libération patronale
LS- libération syndicale

M- maladie
maladie
MAR- mariage
matricule
MJ- mise-à-jour
MMP- maladie motif personnel

N- nuit
nom

période
prénom
prime

quantum

R- retard
RAAQ- accident auto
régulier
remplacement
reprendre
repris
RP- retrait préventif

S- soir
séquence
signature

solde
sommaire
statut

taux double
titre d'emploi

VA- vacances
VPG- visite professionnelle

_____
_____
_____
_____
_____

5. N.A.S

adresse
assurance
autre

carte
centres d'emploi
certificat de mariage
certifiée
changement
chèque personnel
citoyen canadien
code postal
complet

date de naissance
demande
demandeur
document
données

extrait de baptême
extrait de naissance

feuillet d'instructions
fiche d'immigration Canada
formulaire
frais de 10$ (dollars)

homme femme

ind.rég. (indicatif régional)
indien inscrit

jumeau

lieu
loi

mandat

mère

N.A.S. (numéro d'assurance sociale)
no d'appartement (numéro)
no de téléphone (numéro)
nom
nom de famille
numéro

originaux

parent
parenté
pays
père
permis de séjour
permis de travail
poste
première

Carte d'assurance sociale
224 543 675

5. N.A.S

prénom
province
publication

remplacement
renseignements
résident permanent
rue

sexe
signature
signer
statut
statut de réfugié

traite bancaire
tuteur

village
ville
visa

6. Rapport d'absence

absence

blanc

chef
congé temporaire
contremaître

date
demandé
directeur
durée

employé
entendu
équipe
exemplaire

fin

jaune
jour

mesure disciplinaire
mois

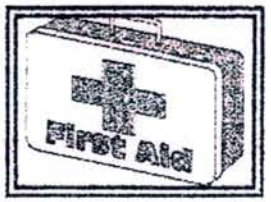
numéro de pointage
nom

permis
personnel
présenter

semaine
superviseur

travail

usine



7. Rapport d'accident

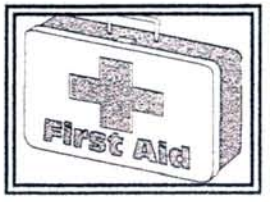
absent
accident
âge
aggravation
aide
aider
ancienneté
antigène australien(vaccin)
appel en matière
arrêt de travail
assistance médicale
assurance
assurance automobile
assurance-chômage
assurance-maladie
assureur
autonomie
avant-bras
avantage

barème
bas du dos
bénéficiaire
blessé
bras

capable
carte-mémoire
centre hospitalier
certificat
chef de service
cheville
choix
circonstance
code personnel
commission
compte-rendu
confidentielle
consciencieusement

conséquence
conserver
contaminé
cotisation
coude
coupure
couvert
crédit impôt
CSST
cuisse

date
date de consolidation
débourser
décès
délai
description



7. Rapport d'accident

diminuée
directe
divulgation
doigt
dommages corporels
dossier
douleur
droite

employé
emploi convenable
enfant
enveloppe de retour
épaule
établissement
étudiant
événement
exercice du droit

facture
fixe
frais déplacement

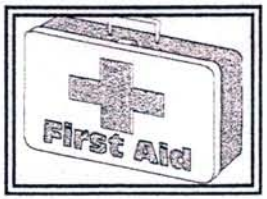
garantie
gauche
genou
griefs
grossesse

habillement
hanche
handicapé
haut du dos
heure
honoraire

identification
incapacité permanente
incident
indemnisation
indéterminée
information
informer
intégrité esthétique
intervention

jambe
jeudi
jouissance
jour de l'événement

lésion
lien de parenté
lieu
loi



7. Rapport d'accident

lundi
main
maladie
maladie professionnelle
malaises ressentis
manifeste
mardi
matin
matricule
médecin
mercredi
mesure
midi
mobile
modalité
montant forfaitaire
nom
numéro
numéro d'assurance sociale
nuque

objet contondant
opération
originaux
orteil
orthèses prothèses
outil

paritaire
partie du corps
pension alimentaire
perte
piqûre
physique
plainte
plan
plante du pied
poignet
police
précis
prévention
prévu
procédure
protection
psychique

quart de travail

réadaptation
rechute
récidive
réclamation
recours
régime

7. Rapport d'accident

régime de rentes
réinsertion sociale
remboursement
remplacement
rente
réparation
résulte
retour au travail
retour probable
retourner
retraite
revenus
révision

salaire maximum assurable fixé
salaire net
samedi
sanction protégé

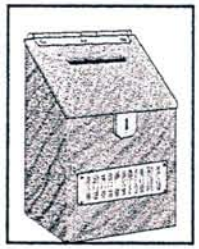
santé
secteur
sécurité
service de santé
signature
site
site de la blessure
situation familiale
soins médicaux
soir
soutien monoparentale conjoint
strictement
suivre

talon
témoins
titre d'emploi
total déduction

traité
travail

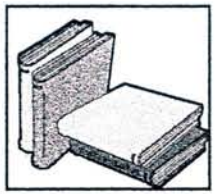
vendredi
véridique
vêtement
victime

IV. VIE AU TRAVAIL



1. Boîte à suggestions

2. Convention collective



3. Journaux internes

1. Boîte à suggestions

15 jours
24 heures

acheminée à
acheminement
admissibilité
amélioration
anonymat
augmentation
avantages sociaux

bénéfice

cadre supérieur
communication
compagnie
compensation fiscale
confidentialité

conserve
consulter
coordonnateur
copie
coût
critère

date
décision
délai
directeur
division

échéance
économie de coûts
équipement
évaluation
exploitation

fonction
formule

grande efficacité

image
implantation

méthode

no d'employé(numéro)
no tél.(numéro)
nom

organisation

paiement final
prénom

1. Boîte à suggestions

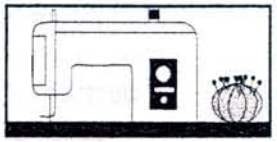
présentation
prime d'innovation
propriété

réexamen
région
règlement
régulier
relation directe
remplit
renseignement
responsabilité
revenus

salaire
service
service à la clientèle
situation actuelle

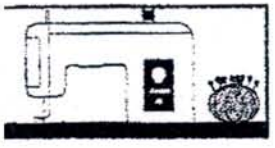
six mois
solution
suggestion

2. Convention collective



-Textile

- Transformation



-Textile

2. Convention collective

1 journée
1,10$ équipe de nuit
2 dernières de juillet
3 jours pour décès
3.00$ fin de semaine
5 minutes pour se laver
10 jours maximum
15 minutes de repos
25.00$ par année ancienneté
50.00$ achat de souliers

affichage
aide général

congédiement

deuxième offense
doffeur(opérateur)

ear muffs(protège-oreilles)

gants

huit heures par jour

inspecteur

lunettes de sécurité

mécanicien

opérateur
ourdisseur(préposé à la pose de fils)
ouvrier

paie dans compte
période de sept jours
période d'adaptation

première offense
prescription
prime .35$ l'heure

quatrième offense

réprimande écrite
réprimande verbale

section
semaine 40 heures
senior
suspension 3 jours

temps supplémentaire
temps et demi
textile
troisième offense

· Transformation

2. Convention collective

1 imperméable
1 tablier
1 veste de laine
1 veston
2 paires de pantalons
3 chemises

affiliation religieuse
assurance-groupe

cafétéria
cariste(conducteur de chariots)
chauffeur
chimiste
contracteur
couleur
CSN(centrale syndicale)

embouteillage

état conjugal

fonds de pension

gants
gardiens de sécurité

investigation

linge de travail
livraison
lunettes de sécurité

maintenance
mandataire
manutention
masques
mécanicien garage
mécanique

mélange
mélangeur
mesures disciplinaires

nationalité

opérateur
optionnel

plastique
politique
préposé à l'entretien
préposé aux carboys(bonbonne)

race
représentant

sexe
souliers de sécurité

- Transformation (suite)

2. Convention collective

stationnement

t4 (terme de travail)
tp4 (formulaire)

vêtements de travail

Mots courants

2. Convention collective

absence
accuser
acquitter
activités récréatives
activité syndicale
adaptation
affichage
affiche
agent négociateur
amiable
ancienneté
annexe
annonce
application
apposer
arbitrage
arrangement
arrérage
article
assignation
assurance
attestation médicale
attribution
automatisation
avertissement
avis
avisé

bénéficier

candidature
capacité
carte d'autorisation
cas
cédules de production
certificat
cessation
choix
circonstance
classification
code du travail
comité
compagnie
compensation
confère
congé sans solde
congé statutaire
congédier
congés de sympathie
congés payés
consécutive
construction
contre-grève
contrôle qualité
convenance
coopération
copie

Mots courants (suite)

2. Convention collective

correspondance
cotisation
croyance

décès
décision
déduction
délai
département
dépense
déplacement
dessin
détail
différend
diriger
discipline
discrimination
distribution
dollars

droit
durée

échelle
échelles de salaire
échelon
efficacité
élection
éligibilité
embaucher
entente
entraînement
entrée en service
équipe
équipement
équitable
étape
excéder
expédition

faits en litige
fermeture
fête de Dollar
fête du Travail
fin de semaine
frais

gants
général
grève
grief
groupe

habileté
heures chômées
heures normales
honoraire
horaire
horaire normal

2. Convention collective

hygiénique

indemnité
institution bancaire
intégration
intimidation

jour
jour de l'an
jour férié
jour ouvrable
journée du Canada

l'Action de Grâces
langue maternelle
lésé
lettre d'entente
liste
livraison
locaux autorisés d'avance
lock-out
logé
loi
lunettes de sécurité

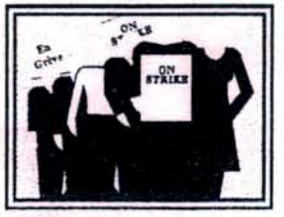
machine
machinerie
maintenir
maladie industrielle
maternité
maximum
médical
membres
mettre à pied
mise en vigueur
montant brut

négociation
Noël
nomination
nouvelle occupation
nuit

occasion
offense
omission
opération
ordre
organisme gouvernemental
origine
ouvrage

paie
paiement
pamphlet
partie
patronal

Mots courants (suite)



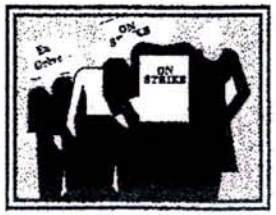
2. Convention collective

perception
période
période allouée
période prédéterminée
permission
pièces justificatives
plainte
pli certifié
poinçon
poste exécutif
poste recommandée
poste vacant
postes de travail
postulant
pourcentage
pouvoir
préjudiciable
premiers soins
prévention des accidents
prime
privé
privilège
probation
procédure
produit
progresser

quitte volontairement

race
ralentissement
rappel
réception
réclamation
reconnaissance syndicat
reconnue
régler
régulière
réintégration
relation
religion
remboursement
remise
rencontre
rémunéré
repas
repos
représentant
réprimande
requiert
résultat
retrait préventif modification
rétroactif

salaire
salarial
salarié



2. Convention collective

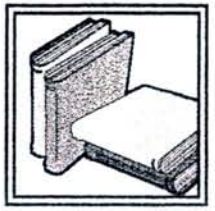
salariés
sanction
sanitaire
santé
sécurité
semaine normale
service
sexe
signature
soir
St-Jean Baptiste
supérieur immédiat
supplémentaire
surtemps
suspension
syndicat
système à boni

table des matières

tableau
tâche
talon de paie
taux à la pièce
taux de paie
témoin
temps double
temps simple
temps supplémentaire
tentative
transférer
transport à l'hôpital

unité contractuel
usine

vacances
veille du jour de Noël
vendredi saint
verse
violation

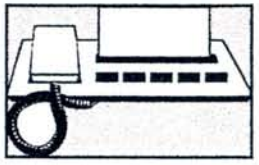


3. Journaux internes

-Club de santé

-Politiques et règlements

- Sécurité au travail



-Communication interne

-Publicité

-Club de santé

activités préférées
adhésion
app(appartement)
autorise

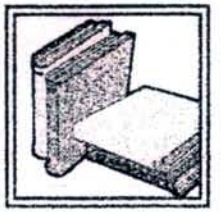
bureau

club de récréation
code postal
cotisation

date
déduire
demande
domicile

Gaz métropolitain

membre



3. Journaux internes

municipalité

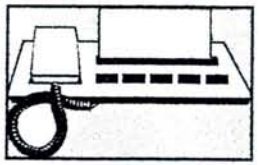
no civique(numéro)
no d'employé(numéro)
no téléphone(numéro)
nom

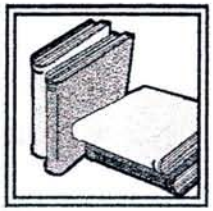
prénom

rue

salaire
semaine
service
signature
somme

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____





-Communication interne

3. Journaux internes

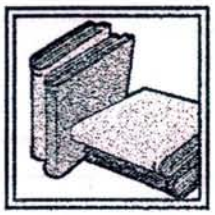
communication

date

feuille

machine#(numéro)
mécanicien

opérateur



-Politiques et règlements

3. Journaux internes

abolie
absence
accessible
accident
achat
activités parascolaires
aire de service
alcool
allocation
altération
anniversaire
approbation
argent
aucun enfant
avance
avancer
avantage
avenir

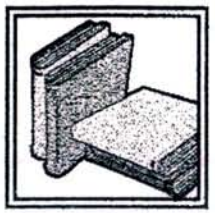
bas de nylon
bermudas aux genoux
bijou
bonus alimentaire

carte de temps
casquette
choix
cigarette
clientèle
code de vie
communauté
compagnonnage
compréhension
comprendre
comptable
confidentialité
congé payé
congédiement

congés fériés
critique
CSST

d'entraide
décès
délai
dessert
difficile
direction
disposer
document
don au personnel
drogue
droit

état du crédit repas



-Politiques et règlements (suite)

fait
fiche
fierté
fin d'emprunts d'argent
fonctionnement

gilet sans manche

habillement
harcèlement sexuel

information
intégrer
interdit
intérêt
ivre

journée de maladie
juge

3. Journaux internes

liquidité

maladie consécutive
marchandise
mesure extra
milieu du travail
naturel

objet
obligatoire
oeuvres publiques
ongles courts
organisation

paie
pantalon court
paternité maternité
pauses-café

plat principal
pop mobile
port
port du sarrau
pourboire
production
propre

règlement
relation
relation employés
repas menus du jour
réseau
résille
respect
responsable permanent

s'approprier
salade

-Politiques et règlements (suite)

secrétariat
secteur
service du personnel
sollicitations monétaires
solliciter
soulier fermé obligatoire
soupe
stock
suspension

technique des métiers
tolérée
travail en équipe
travailler

uniformes
utile

vacance

3. Journaux internes

vernis à ongles
vie

-Publicité

3. Journaux internes

anniversaire

bacon
betteraves
bleuets

carrés aux dattes
chou-chou
compote citrouille
concombres
cornichons entiers
crème

description

emporter
extra

fête

fèves jaunes
format
fraises
fromage
fruits
fudge

gelée de pommes
gourmandises

ketchup rouge

lasagnes

marinade spéciale
marinades

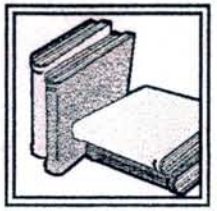
Noël
noix

oignons marinés

Pâques
paté au poulet
pâté chinois
piment
pizza
plat
prix

raisin
réchauffer
rochers percés

sauce moutarde
saumon
semaine à l'avance
spaghetti
spécial



-Publicité (suite)

3. Journaux internes

sucre

tomates
tourtière
toute garnie

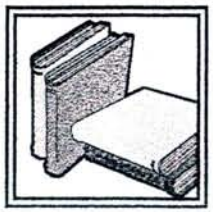
vert
viande

- Sécurité au travail

absence du travail
abus
accident
accomplissement
actions
activité physique
alcool
attentif

but

collègue
communication
comportement
concentration
conditions
connaissance
conscience
consigné



3. Journaux internes

constat
consultation médicale
correctif
coûteux
critique constructive
croisade
croquis

danger
date
drogue

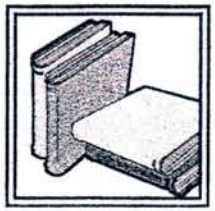
économie
effort collectif
électricité
élimination
emphase
endroit
engagement actuel

entrepôt
entreprise
entretien
environnement
équipement de protection
étalage
étape
événement
expédition

gestion
grave
gravité potentielle

habitudes de vie

identification
incendie
initiale



- Sécurité au travail (suite)

intégrité physique

jours
jugement

l'attitude positive
lettre
lieu de travail

magasin
maintenance électrique
maladie professionnelle
matière dangereuse
mécanisme
membre du comité
méthode
mineure
motivation
moyenne

3. Journaux internes

nettoyeur
no réq(numéro de réquisition)
nombre

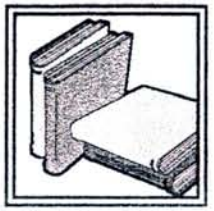
objectif
outils

permanent
personnel
pièces mobiles
poste de travail
pratique
précaution
prévention
produit chimique
programme

question
quotient

rappel
re-sélection
recommandation
reconnaissance
réduction
réduire
règles d'hygiène
rencontre
repas équilibrés
ressource humaine
résultat
risque

santé
sécurité
service
solution
sommeil
souvenir



- Sécurité au travail (suite)

3. Journaux internes

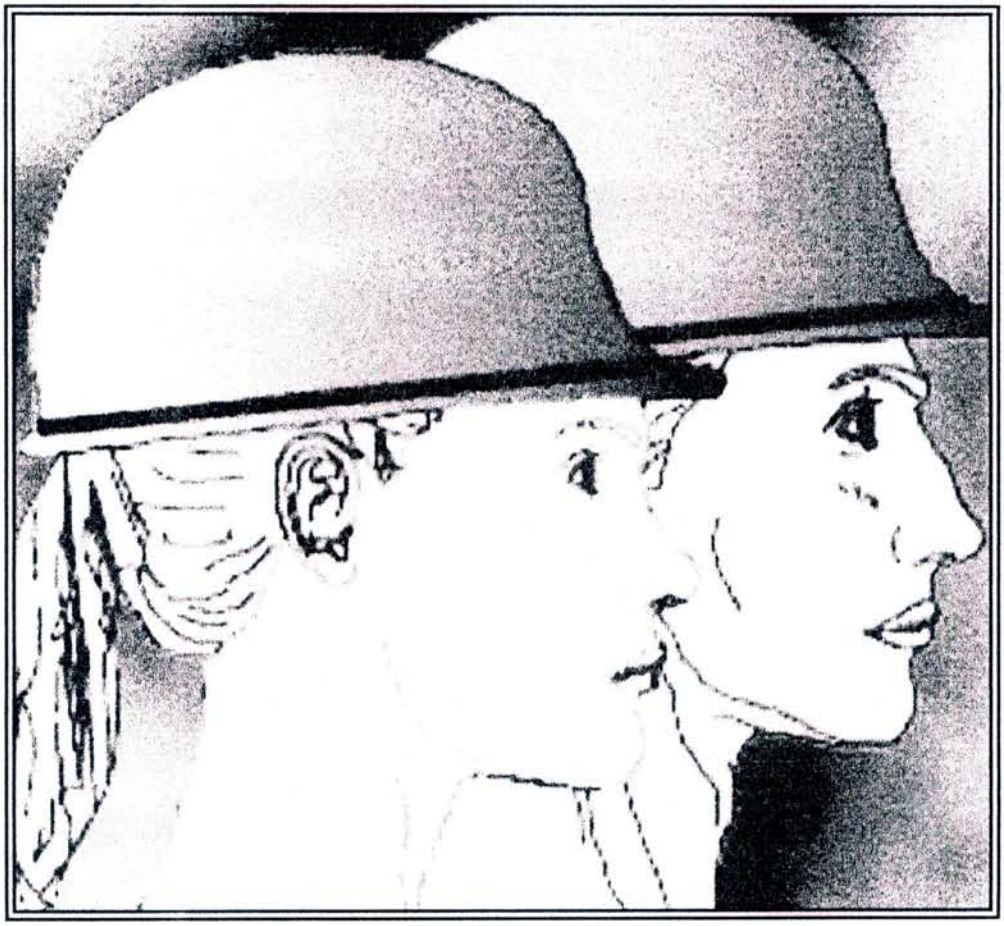
stratégie
stress
supérieur

tasse
temporaire
tension artérielle

urgence
usine

Deuxième partie

LES FORMULAIRES



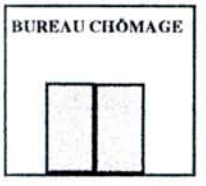
DEUXIEME PARTIE:
Les formulaires

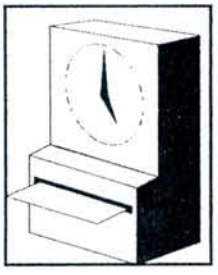
Carte d'assurance sociale
224 543 675

I. ASSURANCE SOCIALE

V. FORMULAIRE D'ABSENCE

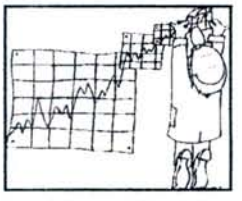
II. ASSURANCE-MALADIE





VI. FORMULAIRE D'EMPLOI

III. FEUILLE DE TEMPS



VII. GRILLE D'ÉVALUATION

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

IV. FORMULAIRE CSST

Carte d'assurance sociale
224 543 675

I. ASSURANCE SOCIALE

Développement des ressources humaines Canada | Human Resources Development Canada

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI - A

DEMANDE DE :

- ☐ PREMIÈRE CARTE D'ASSURANCE SOCIALE
- ☐ CARTE DE REMPLACEMENT (des frais de 10 $ doivent être payés)
- ☐ CHANGEMENT DE NOM(S) SUR LA CARTE
- ☐ CHANGEMENT DE STATUT
- ☐ AUTRES CHANGEMENTS (aucune carte ne sera délivrée)

VOTRE DEMANDE SERA RETOURNÉE SI ELLE N'EST PAS ACCOMPAGNÉE DES DOCUMENTS REQUIS (voir feuillet d'instructions)

N'ÉCRIVEZ PAS ICI

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES CAPITALES.

1	NOM QUI DOIT FIGURER SUR LA CARTE ▸	PRÉNOM	AUTRE PRÉNOM (si désiré sur la carte) / NOM DE FAMILLE
2	DATE DE NAISSANCE ▸ J M A	3	SEXE ▸ ☐ HOMME ☐ FEMME — ☐ COCHEZ SI VOUS ÊTES UN(E) JUMEAU(ELLE)
4	NOM COMPLET DE LA MÈRE À SA NAISSANCE	5	NOM COMPLET DU PÈRE À SA NAISSANCE
6	LIEU DE NAISSANCE DU DEMANDEUR ▸	VILLE OU VILLAGE	PROVINCE / PAYS
7	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE	8	AUTRE(S) NOM(S) DE FAMILLE DÉJÀ UTILISÉ(S)
9	AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE ▸ ☐ NON ☐ OUI	10	SI "OUI", ÉCRIVEZ VOTRE NUMÉRO ICI ▸
11	STATUT AU CANADA ▸ ☐ CITOYEN CANADIEN ☐ INDIEN INSCRIT ☐ RÉSIDENT PERMANENT ☐ AUTRE	12	IND. RÉG. / N° DE TÉLÉPHONE
13	ADRESSE À LAQUELLE VOUS VOULEZ QU'ON POSTE VOTRE CARTE DE NAS	NUMÉRO ET RUE / N° D'APPARTEMENT	VILLE OU VILLAGE / PROVINCE / CODE POSTAL

QUICONQUE DEMANDE SCIEMMENT PLUS D'UN NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE COMMET UNE INFRACTION. IL EST INTERDIT DE DONNER OU DE PRÊTER VOTRE CARTE D'ASSURANCE SOCIALE À QUI QUE CE SOIT.

14	(SI VOUS AVEZ MOINS DE 12 ANS, VOTRE PARENT/TUTEUR DOIT SIGNER ET INDIQUER LE LIEN DE PARENTÉ AVEC VOUS. SI VOUS AVEZ INSCRIT UN "X" EN GUISE DE SIGNATURE, FAITES SIGNER DEUX TÉMOINS ICI) SIGNATURE DU DEMANDEUR ▸ / DATE ▸

LES DONNÉES CONSIGNÉES SUR CE FORMULAIRE SONT UTILISÉES AUX FINS DE L'ATTRIBUTION DE NUMÉROS D'ASSURANCE SOCIALE. LA LOI SUR L'ASSURANCE-CHÔMAGE AUTORISE LA COLLECTE DE CES DONNÉES. POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'USAGE FAIT DE CES DONNÉES ET LES DROITS DE VÉRIFIER ET DE CORRIGER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS, VEUILLEZ CONSULTER LA PUBLICATION INFO SOURCE, BANQUE DE DONNÉES N° CEI PPU 390, DANS LES CENTRES D'EMPLOI DU CANADA ET LES PRINCIPALES BIBLIOTHÈQUES PUBLIQUES.

N'ÉCRIVEZ PAS CI-DESSOUS, RÉSERVÉ AU BUREAU LOCAL SEULEMENT

A	TOUS LES NOMS INDIQUÉS SUR LE DOC. PRINCIPAL ▸	PRÉNOMS	NOM DE FAMILLE
B	DATE DE NAISSANCE INDIQUÉE SUR LE DOC PRINCIPAL J M A	C	DOCUMENT PRINCIPAL PRÉSENTÉ (ABR.) (N° SÉRIE / ENR.) — PIÈCE JUSTIFICATIVE PRÉSENTÉE ▸ (ABR.)
D	NAS PRIORITAIRE : RAISON	N° FAX DU CEC ▸ ( )	CODE DE SMETD ▸
E	FRAIS PAYÉS, S'IL S'AGIT D'UNE CARTE DE REMPLACEMENT MONTANT $ N° DU REÇU		TIMBRE DE CERTIFICATION
F	OBSERVATIONS		

(ENGLISH ON REVERSE)

Canada

Développement des ressources humaines Canada | Human Resources Development Canada

FEUILLET D'INSTRUCTIONS

A- Remplir le formulaire de demande de NAS ci-joint et nous fournir le(s) document(s) requis. LES DOCUMENTS FOURNIS DOIVENT ÊTRE DES ORIGINAUX. Les photocopies ne sont pas acceptables à moins d'être certifiées par un notaire, un commissaire à l'assermentation ou un agent du CEC. Les documents requis sont indiqués ci-dessous.

Votre demande sera retournée si elle n'est pas accompagnée du(des) document(s) requis.

B- **Si vous faites remplacer votre carte de NAS, vous devez payer des frais de 10 $.** Faites votre chèque personnel, traite bancaire ou mandat à l'ordre du RECEVEUR GÉNÉRAL DU CANADA. Vous pouvez payer en espèces à un Centre d'emploi du Canada. Veuillez noter que ces frais sont sujets à changement sans préavis. N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT COMPTANT PAR LA POSTE.

Nous vous encourageons à vous rendre au Centre d'emploi du Canada le plus près de chez vous pour présenter votre demande et remettre le(s) document(s) exigé(s). La demande sera certifiée et vos documents vous seront remis immédiatement. Si cette démarche vous cause des problèmes, vous pouvez poster votre demande et vos documents à l'adresse ci-dessous. Vos documents vous seront retournés avec votre carte de NAS.

Immatriculation aux assurances sociales
Fichier central
C P 7000
BATHURST (N -B)
E2A 4T1

Si vous occupez un emploi, il importe que le nom et le numéro d'assurance sociale que vous utilisez au travail soient les mêmes que le nom et le NAS qui figurent sur votre carte de NAS. De cette façon, vos cotisations au Régime de pensions du Canada et/ou au Régime de rentes du Québec vous seront convenablement créditées.

DÉTACHEZ ICI

DOCUMENTS REQUIS (sujets à changement)

- Vous devez fournir l'un des documents inscrits à la partie 1 ci-dessous.
- Si le nom que vous utilisez actuellement diffère du nom qui apparaît sur ce document, vous devez également fournir l'un des documents inscrits à la partie 2.
- Si vous ne pouvez fournir aucun de ces documents, contactez votre Centre d'emploi du Canada. On pourra vous suggérer d'autres documents.

1 -

- Extrait de naissance provincial du Canada (délivré par le bureau de l'état civil de la province ou du territoire où vous êtes né)
- Extrait de naissance et de baptême (uniquement pour les personnes nées et baptisées à Terre-Neuve)
- Indiens inscrits: Si vous désirez faire inscrire votre statut au Canada comme «Indien inscrit», vous devez fournir votre Certificat du statut d'Indien (délivré par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien) en plus de votre extrait de naissance.
- Fiche d'Immigration Canada et visa ou fiche relative au droit d'établissement (IMM 1000)
- Fiche d'Immigration intitulée "Fiche du visiteur" ou "Permis de travail" ou "Permis de séjour pour étudiants" ou "Permis/Extension du Ministre" (IMM 1442 ou l'équivalent)
- Document Revendicateur du statut de réfugié (IMM 1434) (Aussi délivré au Québec - documents RDS-001, RM-001, RM-002 et RM-008)

2 -

- Certificat de mariage
- Document de changement de nom

DÉTACHEZ ICI

DÉTACHEZ ICI DÉTACHEZ ICI

Développement des ressources humaines Canada | Human Resources Development Canada

ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'UNE DEMANDE DE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI - A

La législation sur l'assurance-chômage n'empêche pas qui que ce soit de travailler avant qu'il ait reçu un numéro d'assurance sociale et une carte. La loi exige simplement que toute personne qui commence à exercer un emploi assurable avant d'être immatriculée demande un numéro d'assurance sociale à la Commission et présente sa carte d'assurance sociale à son employeur dans les trois (3) jours de sa réception.

Donc, nous attestons par la présente que _____

☐ a présenté une demande de numéro d'assurance sociale. Quand celle-ci aura été approuvée, une carte d'assurance sociale lui sera expédiée à l'adresse indiquée sur sa demande.

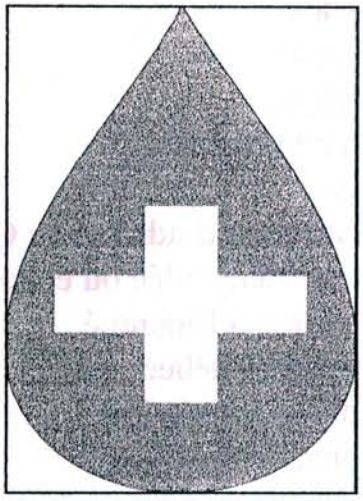
☐ s'est vu attribuer le NAS _____

Une carte d'assurance sociale lui sera expédiée à l'adresse indiquée sur sa demande.

Si votre demande est en règle, vous devriez recevoir votre carte de NAS d'ici trois semaines. Si vous ne recevez pas votre carte dans cette période, veuillez contacter le Centre d'emploi du Canada de votre localité.

TIMBRE DU CEC
(pas le timbre de certification)

Initiales du commis ▸



II. ASSURANCE-MALADIE

II. ASSURANCE-MALADIE

Le document " Formulaires" de l'assurance-maladie est très volumineux.

Il comprend:
- naissance
- adoption
- mariage
- divorce/séparation
- décès
- changement d'adresse au Québec
- carte perdue/volée ou endommagée
- correction à l'identité
- départ du Québec
- première inscription
- renouvellement

Nous avons choisi de présenter uniquement:
- première inscription(13)
- renouvellement(9)

Les lecteurs qui veulent connaître d'autres sections peuvent se procurer le document complet(qui est gratuit) dans une pharmacie ou u CLSC.

À L'USAGE DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

13 PREMIÈRE INSCRIPTION

Pour toutes les personnes ou membres d'une même famille qui n'ont jamais été inscrits au régime d'assurance-maladie du Québec. S'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption, remplir le formulaire 1 ou 2 selon le cas.

Pour chaque section à remplir, toujours lire les instructions en page de gauche.

1 IDENTIFICATION

HOMME

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE | PRÉNOM USUEL

N° D'ASSURANCE SOCIALE (SI DISPONIBLE) | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | CÉLIBATAIRE | MARIÉ | SÉPARÉ | DIVORCÉ | CONJOINT DE FAIT | VEUF

N° D'ASSURANCE SANTÉ (AUTRE PROVINCE, SI DISPONIBLE) | CITOYENNETÉ CANADIENNE OUI NON | LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

USAGE DE LA RÉGIE:

FEMME

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE | PRÉNOM USUEL

N° D'ASSURANCE SOCIALE (SI DISPONIBLE) | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | CÉLIBATAIRE | MARIÉE | SÉPARÉE | DIVORCÉE | CONJOINTE DE FAIT | VEUVE

N° D'ASSURANCE SANTÉ (AUTRE PROVINCE, SI DISPONIBLE) | CITOYENNETÉ CANADIENNE OUI NON | LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

Si vous vous êtes mariée **avant le 2 avril 1981**, désirez-vous que le nom de votre mari soit inscrit sur votre carte d'assurance maladie, en plus de votre nom? NON OUI ▶ DATE DU MARIAGE ANNÉE MOIS JOUR | NOM DE FAMILLE DU MARI (SI VOUS DÉSIREZ QU'IL SOIT INSCRIT)

USAGE DE LA RÉGIE:

ENFANTS (inscrire ceux qui demeurent avec vous, s'il y a lieu; si vous manquez d'espace, continuez sur une feuille séparée)

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE | PRÉNOM USUEL

N° D'ASSURANCE SANTÉ (AUTRE PROVINCE, SI DISPONIBLE) | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | SEXE M F | CITOYENNETÉ CANADIENNE OUI NON | LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

USAGE DE LA RÉGIE:

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE | PRÉNOM USUEL

N° D'ASSURANCE SANTÉ (AUTRE PROVINCE, SI DISPONIBLE) | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | SEXE M F | CITOYENNETÉ CANADIENNE OUI NON | LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ANGLAIS

USAGE DE LA RÉGIE:

2 INSCRIPTION (voir les instructions au point 2 en page de gauche)

DATE D'ARRIVÉE AU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | DERNIER PAYS DE RÉSIDENCE | SI AU CANADA, PROVINCE OU TERRITOIRE

COMBIEN DE TEMPS PRÉVOYEZ-VOUS DEMEURER AU QUÉBEC? ☐ EN PERMANENCE ☐ TEMPORAIREMENT POUR: ▶ TRAVAIL ☐ ÉTUDES ☐ VACANCES ☐ AUTRE ☐ PRÉCISER LA DURÉE DU SÉJOUR:

3 ADRESSE RÉSIDENTIELLE PERMANENTE

NUMÉRO | RUE | APP.

VILLE OU LOCALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL

4 SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis sont vrais et exacts. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction.

SIGNER CI-DESSOUS: X | DATE ANNÉE MOIS JOUR

SI VOUS FAITES LA DEMANDE POUR UNE OU DES PERSONNES AUTRES QUE VOUS, INDIQUER À QUEL TITRE VOUS LA FAITES: MÈRE ☐ PÈRE ☐ AUTRE ☐ _____

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES:

N° DE TÉLÉPHONE: RÉSIDENCE

N° DE TÉLÉPHONE: TRAVAIL

IMPORTANT

Joindre les documents exigés.

Pour les personnes de 14 ans ou plus, suivre le processus d'authentification (photographie et signature) décrit aux pages 2 et 3.

13 PREMIÈRE INSCRIPTION

Pour toutes les personnes ou membres d'une même famille qui n'ont jamais été inscrits au régime d'assurance-maladie du Québec. S'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption, remplir le formulaire 1 ou 2 selon le cas.

INSTRUCTIONS à suivre pour remplir le formulaire 13 présenté en page de droite.

IMPORTANT

- Remplissez les sections appropriées du formulaire.
- N'oubliez pas d'inclure tous les documents exigés.
- Suivez le processus d'authentification (photographie et signature) décrit à la page 2 sauf pour les enfants de moins de 14 ans. Les personnes de 75 ans ou plus sont exemptées de photo et de signature. Elles peuvent cependant, si elles désirent obtenir une carte avec photo, suivre le processus d'authentification.
- Signez le formulaire à l'endroit indiqué.

Sinon, la Régie vous retournera le formulaire.

Pour des renseignements 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
Québec: 646-4636
Montréal: 864-3411
Ailleurs au Québec: 1 800 561-9749

English version available.

1 IDENTIFICATION

Fournir tous les renseignements demandés pour chaque personne présente au Québec. Continuer sur une feuille séparée si nécessaire.

2 INSCRIPTION

Inscrire la date d'arrivée au Québec, ainsi que le dernier pays, la dernière province ou le dernier territoire canadien de résidence.

Indiquer s'il s'agit d'un séjour permanent ou temporaire. Dans le cas d'un séjour temporaire, préciser la raison et la durée prévue du séjour.

Si une ou plusieurs personnes identifiées sur le formulaire sont arrivées à des dates différentes, indiquer la date d'arrivée de chaque personne sur une feuille séparée.

DOCUMENTS EXIGÉS (un document d'identité et une preuve de résidence).

A. Document d'identité: (original)

- certificat de naissance ou certificat (carte) de citoyenneté canadienne pour **chaque personne** de citoyenneté canadienne à inscrire;
- certificats et permis délivrés par les autorités canadiennes et québécoises de l'immigration pour **chaque personne** à inscrire qui n'a pas la citoyenneté canadienne;
- attestation de séjour aux fins d'études ou de stage à titre de boursier délivrée par le ministère de l'Éducation du Québec.

Si une entente en matière de sécurité sociale existe entre le pays d'origine de la personne et le Québec, annexer également tous les documents prévus à l'entente.

LES DOCUMENTS ORIGINAUX SERONT RETOURNÉS PAR LA RÉGIE SOUS PLI SÉPARÉ (AVANT OU APRÈS L'ENVOI DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE).

B. Preuve de résidence au Québec: (photocopie)

Le document soumis doit comporter le nom d'**AU MOINS** une des personnes **À INSCRIRE** qui s'établit au Québec. Ce doit être l'un des documents suivants:

- bail d'habitation (au complet);
- acte d'achat de la propriété résidentielle (au complet);
- attestation de l'employeur: l'attestation doit confirmer que la personne occupe un emploi au Québec d'une durée supérieure à 6 mois. Cette attestation doit avoir été produite au cours des 30 jours précédant la demande;
- attestation d'inscription à un programme d'études dans un établissement d'enseignement du Québec.

Dans l'impossibilité de fournir l'un ou l'autre des documents mentionnés, faire parvenir une affirmation solennelle (*voir la définition à la page 3*) du propriétaire ou du locataire du lieu de résidence.

Dans le cas d'un SÉJOUR TEMPORAIRE au Québec, la preuve de résidence au Québec n'est pas exigée.

3 ADRESSE RÉSIDENTIELLE PERMANENTE

Indiquer l'adresse complète, sans oublier le code postal et le numéro d'appartement (s'il y a lieu) de l'endroit où habite la personne de façon permanente.

4 SIGNATURE

Ne pas oublier de signer et de dater le formulaire. S'il y a lieu, indiquer à quel titre la personne qui signe fait la demande et écrire son nom en lettres moulées. Dans tous les cas, inscrire les numéros de téléphone où l'on peut joindre cette personne.

À L'USAGE DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

9 RENOUVELLEMENT D'UNE CARTE EXPIRÉE

Pour toutes les personnes inscrites à la Régie et dont la carte est expirée ou sera expirée au cours des trois prochains mois (90 jours).

Les personnes qui reviennent au Québec pour s'établir doivent plutôt remplir le formulaire 12 *Retour au Québec*. Les personnes qui détiennent un nouveau document d'immigration et qui résident ou séjournent temporairement au Québec doivent remplir le formulaire 8 *Renouvellement de la carte d'un résident temporaire*.

Pour chaque section à remplir, toujours lire les instructions en page de gauche.

1 IDENTIFICATION

N° D'ASSURANCE MALADIE (SI DISPONIBLE) | NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE | PRÉNOM USUEL

N° D'ASSURANCE SOCIALE (SI DISPONIBLE) | DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR | SEXE M F | CÉLIBATAIRE | MARIÉ·E | SÉPARÉ·E | DIVORCÉ·E | CONJOINT·E DE FAIT | VEUF·VE

LANGUE DE CORRESPONDANCE FRANÇAIS ☐ ANGLAIS ☐

Femme mariée **avant le 2 avril 1981**, désirez-vous que le nom de votre mari soit inscrit sur votre carte d'assurance maladie, en plus de votre nom ? NON ☐ OUI ☐ ▶ DATE DU MARIAGE ANNÉE MOIS JOUR | NOM DE FAMILLE DU MARI (SI VOUS DÉSIREZ QU'IL SOIT INSCRIT)

USAGE DE LA RÉGIE :

2 RENOUVELLEMENT DE L'INSCRIPTION (voir les instructions au point 2 en page de gauche)

PERSONNES QUI RÉSIDENT AU QUÉBEC DEPUIS 4 ANS OU PLUS

AVEZ-VOUS SÉJOURNÉ HORS DU QUÉBEC 183 JOURS OU PLUS (CONSÉCUTIFS OU NON) AU COURS D'UNE MÊME ANNÉE CIVILE DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES ANNÉES ? (NE PAS INCLURE LES SÉJOURS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS OU MOINS DANS LE CALCUL DES JOURS D'ABSENCE) ▶ ☐ NON PASSEZ À LA SECTION 3. ☐ OUI REMPLISSEZ LA CASE SÉJOURS HORS DU QUÉBEC CI-DESSOUS

PERSONNES QUI RÉSIDENT AU QUÉBEC DEPUIS MOINS DE 4 ANS

AVEZ-VOUS EFFECTUÉ DES SÉJOURS HORS DU QUÉBEC DE PLUS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS DEPUIS QUE VOUS HABITEZ AU QUÉBEC ? ▶ ☐ NON PASSEZ À LA SECTION 3. ☐ OUI REMPLISSEZ LA CASE SÉJOURS HORS DU QUÉBEC CI-DESSOUS

REMPLIR UNE SEULE SECTION

SÉJOURS HORS DU QUÉBEC

DATE DE DÉPART DU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE RETOUR AU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | LIEU DE SÉJOUR (PROVINCE OU PAYS)

RAISON DU SÉJOUR ☐ VACANCES ☐ ÉTUDES ☐ TRAVAIL ☐ AUTRE PRÉCISER :

DATE DE DÉPART DU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE RETOUR AU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | LIEU DE SÉJOUR (PROVINCE OU PAYS)

RAISON DU SÉJOUR ☐ VACANCES ☐ ÉTUDES ☐ TRAVAIL ☐ AUTRE PRÉCISER :

DATE DE DÉPART DU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE RETOUR AU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | LIEU DE SÉJOUR (PROVINCE OU PAYS)

RAISON DU SÉJOUR ☐ VACANCES ☐ ÉTUDES ☐ TRAVAIL ☐ AUTRE PRÉCISER :

DATE DE DÉPART DU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | DATE DE RETOUR AU QUÉBEC ANNÉE MOIS JOUR | LIEU DE SÉJOUR (PROVINCE OU PAYS)

RAISON DU SÉJOUR ☐ VACANCES ☐ ÉTUDES ☐ TRAVAIL ☐ AUTRE PRÉCISER :

3 ADRESSE RÉSIDENTIELLE PERMANENTE

NUMÉRO | RUE | APP.

VILLE OU LOCALITÉ | PROVINCE | CODE POSTAL

4 SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis sont vrais et exacts. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction.

SIGNER CI-DESSOUS

X

DATE ANNÉE MOIS JOUR

SI VOUS FAITES LA DEMANDE POUR UNE PERSONNE AUTRE QUE VOUS, INDIQUER À QUEL TITRE VOUS LA FAITES : MÈRE ☐ PÈRE ☐ AUTRE : _____

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES :

N° DE TÉLÉPHONE : RÉSIDENCE

N° DE TÉLÉPHONE : TRAVAIL

IMPORTANT

Si votre carte est expirée, joindre le document exigé.

Pour les personnes de 14 ans ou plus, suivre le processus d'authentification (photographie et signature) décrit aux pages 2 et 3.

9 RENOUVELLEMENT D'UNE CARTE EXPIRÉE

Pour toutes les personnes inscrites à la Régie et dont la carte est expirée ou sera expirée au cours des trois prochains mois (90 jours).

Les personnes qui reviennent au Québec pour s'établir doivent plutôt remplir le formulaire 12 *Retour au Québec*. Les personnes qui détiennent un nouveau document d'immigration et qui résident ou séjournent temporairement au Québec doivent remplir le formulaire 8 *Renouvellement de la carte d'un résident temporaire*.

INSTRUCTIONS à suivre pour remplir le formulaire 9 présenté en page de droite.

IMPORTANT

- Remplissez toutes les sections du formulaire.
- N'oubliez pas d'inclure le document exigé (s'il y a lieu).
- Suivez le processus d'authentification décrit à la page 2, sauf pour les enfants de moins de 14 ans. Les personnes de 75 ans ou plus sont exemptées de photo et de signature. Elles peuvent cependant, si elles désirent obtenir une carte avec photo, suivre le processus d'authentification.
- Signez le formulaire à l'endroit indiqué.

Sinon, la Régie vous retournera le formulaire.

Pour des renseignements 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Québec: 646-4636
Montréal: 864-3411
Ailleurs au Québec: 1 800 561-9749

English version available.

1 IDENTIFICATION

Fournir tous les renseignements demandés.

2 RENOUVELLEMENT DE L'INSCRIPTION

Répondre à l'une des deux questions. Donner les informations relatives aux séjours hors du Québec, s'il y a lieu. Continuer sur une feuille séparée si nécessaire.

DOCUMENT EXIGÉ (photocopie):

Carte déjà expirée: preuve de résidence au Québec établie au nom de la personne qui demande le renouvellement, soit l'un des documents suivants:

- bail d'habitation (au complet);
- acte d'achat de la propriété résidentielle (au complet);
- attestation de l'employeur: l'attestation doit confirmer que la personne occupe un emploi au Québec d'une durée supérieure à 6 mois. Cette attestation doit avoir été produite au cours des 30 jours précédant la demande;
- attestation d'inscription à un programme d'études dans un établissement d'enseignement du Québec.

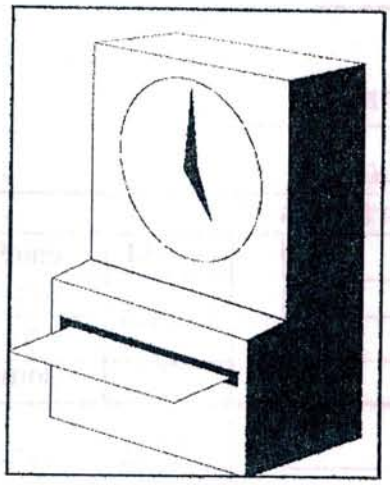
Dans l'impossibilité de fournir l'un ou l'autre des documents mentionnés, faire parvenir une affirmation solennelle (*voir la définition à la page 3*) du propriétaire ou du locataire du lieu de résidence de la personne qui fait la demande.

3 ADRESSE RÉSIDENTIELLE PERMANENTE

Indiquer l'adresse complète, sans oublier le code postal et le numéro d'appartement (s'il y a lieu) de l'endroit où habite de façon permanente la personne pour qui la demande de carte est faite.

4 SIGNATURE

Ne pas oublier de signer et de dater le formulaire. S'il y a lieu, indiquer à quel titre la personne qui signe fait la demande et écrire son nom en lettres moulées. Dans tous les cas, inscrire les numéros de téléphone où l'on peut joindre cette personne.



III. FEUILLE DE TEMPS

Nom	
Date no	
[illegible]	temps régulier
A.M LUNDI PM	entrée sortie entrée
A.M MARDI PM	entrée sortie entrée
A.M MERC PM	entrée sortie entrée
A.M JEUDI PM	entrée sortie entrée
A.M VEND PM	entrée sortie entrée
A.M SAM PM	entrée sortie entrée
A.M EXTRA	entrée sortie

1. Carte de pointage

2. Domaine hospitalier

Nom					
Date			**no**		
surtemps					**temps régulier**
		A.M	entrée		
		LUNDI	sortie		
			entré		
		PM	sortie		
		A.M	entrée		
		MARDI	sortie		
			entré		
		PM	sortie		
		A.M	entrée		
		MERC	sortie		
			entré		
		PM	sortie		
		A.M	entrée		
		JEUDI	sortie		
			entré		
		PM	sortie		
		A.M	entrée		
		VEND	sortie		
			entré		
		PM	sortie		
		A.M	entrée		
		SAM	sortie		
			entré		
		PM	sortie		
		A.M	entrée		
		EXTRA	sortie		
			entré		
		PM	sortie		

RELEVE DE PRESENCE

MATRICULE:

MATRICULE	NOM, PRENOM	NOM À LA NAISSANCE	STATUT	PERIODE DEBUTANT / FINISSANT (NO, JOUR, MOIS, ANNEE / JOUR, MOIS, ANNEE)
				0209041995 22041995

DEPARTEMENT	TITRE D'EMPLOI	SEQUENCE	LOT	RAISON DE REMPLACEMENT	DATE FIN PROBABLE

HEURES PAR JOUR	HEURES PAR PERIODE	THE. PER.	BANQUES: AVANCE VACANCES	VACANCES	SOLDE VACANCES	MALADIE MAXIMUM	MALADIE COURANTE	ANCIENNETE	CODE	PRIME	CODE	PRIME	CODE	PRIME	FETES NON PRISES

		DIM 09	LUN 10	MAR 11	MER 12	JEU 13	*** VEN 14	SAM 15	DIM 16	*** LUN 17	MAR 18	MER 19	JEU 20	VEN 21	SAM 22
TEMPS REGULIER / NON TRAV.	TEMPS REGULIER / NON TRAVAILLE														
	TITRE D'EMPLOI														
	DEPARTEMENT														
	PRIME S														
TEMPS	À REPRENDRE														
	REPRIS														
TEMPS SUPPLÉMENTAIRE	TAUX SIMPLE														
	TAUX et DEMI														
	TAUX DOUBLE														
	DEMI-TAUX														
	TITRE D'EMPLOI														
	DEPARTEMENT														
	PRIME S														
	INITIALES														

SOMMAIRE DE PAIE

LEGENDE	HEURES	CORRECTION
REGULIER 215		
FERIE 222		
MALADIE 233		
VACANCES 256		
PRIME 335		
PRIME 335		
PRIME 335		
PRIME 335		
TAUX SIMPLE 217		
TAUX et DEMI 218		
TAUX DOUBLE 219		
DEMI-TAUX 214		
PRIME 335		
ABSENCE		

SPÉCIMEN

REMARQUES

175

SIGNATURE DE L'EMPLOYE

APPROUVE PAR

33-037-454 (03-92)

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

IV. FORMULAIRE CSST

(réclamation du travailleur)

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Consulter les instructions avant de remplir le formulaire

Cocher si: ☐ 1. Accident du travail ☐ 2. Maladie professionnelle ☐ 3. Frais d'assistance médicale (voir note au verso)

RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR

1448780

A. IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom à la naissance		Numéro d'assurance sociale	Numéro d'assurance-maladie
Prénom			
Adresse Numéro / Boulevard, avenue, rue, rang / App. suite		Date de l'événement initial Année Mois Jour Heure Min.	Date de la rechute, de la récidive ou de l'aggravation Année Mois Jour Heure Min.
Ville, localité / Province, pays / Code postal			
Cocher si la présente demande vous concerne à titre de: 1. ☐ Propriétaire, associé ou administrateur 2. ☐ Domestique 3. ☐ Bénévole	Inscrire le montant de la protection personnelle $	Date de naissance Année Mois Jour / Sexe M ☐ F ☐	Numéro de téléphone Ind. rég.

B. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ VOUS TRAVAILLEZ

Nom (raison sociale) de l'employeur		Nature de l'emploi au moment de l'événement	
Adresse Numéro / Boulevard, avenue, rue, rang / App., suite, bureau		Numéro de téléphone Ind. rég.	Numéro de l'employeur (CSST)
Ville, localité / Province, pays / Code postal			

C. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

(Voir les instructions avant de remplir)

Date du retour au travail: Année Mois Jour Heure Min.	Cocher si la date est indéterminée ☐	Situation familiale réelle: 1. ☐ Travailleur sans conjoint → Nombre de personnes à charge	2. ☐ Travailleur avec conjoint → Nombre de personnes à charge, y compris le conjoint

D. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Votre employeur vous a-t-il payé les 14 premiers jours d'incapacité de travailler? ☐ oui ☐ non	Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 jours d'incapacité de travailler? ☐ oui ☐ non	À remplir s'il s'agit d'une demande de réparation de lunettes ou d'un autre type d'orthèse ou de prothèse endommagée par le fait ou à l'occasion du travail. Même si vous n'avez subi aucune blessure, vous devez décrire comment cela s'est produit à la section C.			
		① Existe-t-il dans l'entreprise un régime d'assurance couvrant les frais? ☐ oui ☐ non	② Si oui, quel est le montant maximum accordé? $	③ Signature de l'employeur ou de son représentant	Date

Décès: Si l'événement a entraîné le décès, en inscrire la date	Date: Année Mois Jour	Inscrire les nom, adresse et numéro de téléphone du bénéficiaire (conjoint survivant ou ayant droit)	

E. SIGNATURE

Je, soussigné, autorise la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec à obtenir tous les renseignements relatifs à la présente réclamation.

Conformément à l'article 270 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur ou son représentant remet à l'employeur copie du présent formulaire dûment rempli et signé.	Signature du travailleur ou de son représentant	Date: Année Mois Jour

Certains renseignements concernant le travailleur pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la Commission des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Bureaux régionaux de la CSST

Abitibi — Témiscamingue 33, rue Gamble Ouest ROUYN (Québec) J9X 2R3 (819) 797-6191 Télex: 057-46549	**Bas-Saint-Laurent** 180, rue des Gouverneurs RIMOUSKI (Québec) G5L 8G1 (418) 722-3717 Télex: 051-86306	**Côte-Nord** Au Grand Passage 690, boulevard Laure, bureau 20 SEPT-ÎLES (Québec) G4R 4N8 (418) 962-7031 Télex: 051-84191	**Estrie** 1335, rue King Ouest SHERBROOKE (Québec) J1J 2B8 (819) 821-5000 Télex: 058-36158	**Gaspésie — Île-de-la-Madeleine** 144, boulevard Gaspé C.P. 5000 GASPÉ (Québec) G0C 1R0 (418) 368-5510	**Île-de-Montréal** 2, complexe Desjardins Tour de l'Est, 27e étage C.P. 3, succursale Desjardins MONTRÉAL (Québec) H5B 1H1 (514) 873-3990 Télex: 052-5342
Lanaudière 432, rue de Lanaudière JOLIETTE (Québec) J6E 7X1 (514) 759-8080 Télex: 052-68658	**Laurentides** 1000, rue Labelle SAINT-JÉRÔME (Québec) J7Z 5N6 (514) 431-4000 Télex: 058-39615	**Laval** 1700, boulevard Laval LAVAL (Québec) H7S 2G6 (514) 668-7400 Télex: 052-4554	**Mauricie — Bois-Francs** 1055, boulevard des Forges 2e étage, bureau 200 TROIS-RIVIÈRES (Québec) G8Z 4J9 (819) 372-3400 Télex: 058-37167	**Montérégie** 25, boulevard Lafayette LONGUEUIL (Québec) J4K 5B7 (514) 463-0020 Télex: 042-4507	**Nouveau-Québec** Case postale 690 RADISSON (Québec) J0Y 2X0 (0) 638-8978
Québec 1, parc Samuel-Holland QUÉBEC (Québec) G1S 4R7 (418) 643-5860 Télex: 051-2332	**Outaouais** 15, rue Gamelin HULL (Québec) J8Y 6N5 (819) 778-8600 Télex: 053-3518	**Saguenay — Lac Saint-Jean** Place du Fjord 901, boulevard Talbot CHICOUTIMI (Québec) G7H 6P8 (418) 696-5200 Télex: 051-36142			

Bureaux locaux de la CSST

Abitibi — Témiscamingue 1355, chemin Sullivan VAL-D'OR (Québec) J9P 1M2 (819) 824-2724	**Côte-Nord** 595, boulevard Lafleche Secteur Mingan BAIE-COMEAU (Québec) G5C 1C4 (418) 589-6921	**Gaspésie — Île-de-la-Madeleine** 200, boulevard Perron Ouest NEW-RICHMOND (Québec) G0C 2B0 (418) 392-5091	**Montérégie** 78, rue Court GRANBY (Québec) J2G 4Y5 (514) 378-7971 26, place de l'Entraide SOREL (Québec) J3P 7E3 (514) 743-2727 7, rue Baie VALLEYFIELD (Québec) J6S 1X3 (514) 371-8911	**Québec** 122, rue Notre-Dame Nord THETFORD-MINES (Québec) G6G 2J8 (418) 338-0181	**Saguenay — Lac Saint-Jean** 913, boulevard Sacre-Coeur C.P. 1016 SAINT-FÉLICIEN (Québec) G8K 1S1 (418) 679-5463

RÉCLAMATION DE FRAIS D'ASSISTANCE MÉDICALE

Il faut produire une seule réclamation par événement. Une fois la réclamation expédiée à la CSST, si vous avez d'autres frais à faire rembourser, expédiez seulement l'original des factures en précisant sur une note d'accompagnement vos nom, adresse, numéro de téléphone, numéro d'assurance-maladie, numéro de réclamation et date d'événement.

Pour les frais de déplacement, veuillez utiliser le formulaire no 382 intitulé "RÉCLAMATION DE FRAIS". Ce formulaire est disponible dans nos bureaux régionaux et locaux.

VOTRE PROTECTION EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Lorsque vous êtes victime d'un accident du travail ou que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle, une loi vous protège : la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Elle vous garantit le droit à l'assistance médicale et, si votre état le requiert, le droit à l'indemnisation, à la réadaptation et au retour au travail. C'est la CSST qui est chargée d'administrer les services prévus par cette loi et de s'assurer que vous pouvez exercer les droits qu'elle vous donne.

Lorsque vous effectuez un travail pour un employeur, vous êtes ainsi assuré contre tous les risques d'accident ou de maladie professionnelle. Vous n'avez rien à débourser pour cette assurance : c'est votre employeur et les autres employeurs québécois qui en assument tous les coûts par les cotisations qu'ils versent chaque année à la CSST.

LE DROIT À L'ASSISTANCE MÉDICALE

Dès que vous êtes blessé lors d'un accident du travail ou que se manifeste une maladie professionnelle, vous avez droit à tous les soins médicaux que requiert votre état, ainsi qu'au remboursement de divers frais.

C'est vous qui choisissez votre médecin. S'il y a lieu, vous avez également le choix du centre hospitalier où vous serez traité, à moins que les soins requis n'y soient pas disponibles dans un délai raisonnable.

Les frais suivants vous seront remboursés par la CSST :

- les médicaments et les autres produits pharmaceutiques prescrits par votre médecin,
- les orthèses et les prothèses prescrites,
- vos frais de déplacement et de séjour pour des visites médicales ou des traitements, ainsi que ceux de la personne qui vous accompagne, si nécessaire.

Conservez bien tous les originaux de vos factures, pour être remboursé.

LE DROIT À L'INDEMNISATION

La perte de votre revenu

Si, à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, votre médecin vous prescrit un arrêt de travail, vous recevrez des indemnités pour la perte de salaire occasionnée. S'il y a lieu, ces indemnités continuent à vous être versées pendant votre réadaptation et jusqu'à ce que vous soyez à nouveau en mesure d'effectuer votre travail ou sinon, d'occuper un autre emploi convenable.

Pour la journée même de l'accident, votre employeur doit vous verser votre salaire net. Pour les quatorze jours suivants pendant lesquels vous êtes incapable de travailler, c'est également lui qui vous verse des indemnités. Leur montant correspond à 90 % du salaire net que vous auriez normalement touché pendant cette période, jusqu'à concurrence du maximum assurable fixé par la CSST.

À compter du quinzième jour qui suit celui de votre accident ou le début de votre maladie, c'est la CSST qui doit vous verser les indemnités de remplacement du revenu. Ces indemnités sont payées toutes les deux semaines. Leur montant est calculé sur la base de 90 % du revenu net retenu que vous tirez annuellement de votre emploi, jusqu'à concurrence du maximum assurable fixé par la CSST, et qui tient compte de votre situation familiale.

Les dommages corporels

Il se peut qu'à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vos capacités physiques ou psychiques restent diminuées d'une façon permanente. Dans ces cas, en plus des indemnités auxquelles vous avez déjà droit pour la perte de votre salaire, la CSST vous versera un montant forfaitaire. Elle le fixera d'après un barème qui tient compte d'une part de votre perte d'intégrité physique et psychique et du préjudice esthétique, de la douleur ou de la perte de jouissance qui en résulte, et d'autre part de votre âge.

Le décès d'un travailleur

En cas de décès d'un travailleur à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les personnes à sa charge reçoivent des indemnités de la CSST. Celles-ci leur sont versées sous forme de montants forfaitaires, à l'exception de certains cas précis où elles prennent la forme de rentes.

D'autres indemnités

Vous avez également droit à des indemnités pour les dommages causés à vos vêtements par un accident du travail, ou par une orthèse ou une prothèse que vous devez porter à cause des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. La réparation ou le remplacement de ces orthèses ou prothèses, si elles sont endommagées involontairement par le fait de votre travail, sont également couverts par la loi.

LE DROIT À LA RÉADAPTATION

Si, à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous êtes atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique, la CSST en évaluera les conséquences directes. S'il s'avère que vous connaissez des problèmes de réinsertion sociale et professionnelle, dus à votre accident ou à votre maladie, vous serez appelé à participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un plan individualisé de réadaptation.

Ce plan peut comprendre des programmes de réadaptation physique, sociale et professionnelle, selon vos besoins. Il a pour but de vous fournir les outils et l'aide nécessaires pour que vous puissiez retrouver votre autonomie et retourner au travail.

LE DROIT AU RETOUR AU TRAVAIL

Dès que vous redevenez capable de reprendre votre travail à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous avez le droit si vous remplissez certaines conditions de réintégrer votre emploi ou un emploi équivalent soit dans l'établissement où vous travaillez ou dans un autre établissement de votre employeur.

Vous conservez votre salaire, votre ancienneté et les avantages dont vous bénéficieriez si vous aviez continué à occuper votre emploi.

Dans le cas où votre entreprise compte 20 travailleurs ou moins au moment de l'événement, vous pouvez exercer ce droit au retour au travail jusqu'à un an après le début de votre incapacité. Si elle compte 21 travailleurs ou plus, cette échéance est de deux ans.

Le droit au retour au travail s'applique au travailleur qui, à la date où il est victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle est lié par un contrat de travail à durée indéterminée, ou à durée déterminée s'il redevient capable d'exercer son emploi avant la date d'expiration de son contrat.

Si vous demeurez incapable d'exercer votre emploi, vous avez priorité pour occuper le premier emploi convenable qui devient disponible dans un établissement de votre employeur, avec le salaire et les avantages liés à cet emploi ou un emploi convenable, en tenant compte de votre ancienneté et du service continu que vous aurez accumulé. Ce droit s'exerce sous réserve des règles relatives à l'ancienneté prévues par votre convention collective. S'il y a une différence entre votre nouveau salaire et celui que vous touchiez dans votre ancien emploi, la CSST vous versera des indemnités pour combler cette différence.

En attendant que vous redeveniez capable d'exercer votre emploi ou un emploi convenable, votre employeur peut vous assigner temporairement un travail. Cette décision peut être prise si votre médecin juge que ce travail comporte des avantages pour votre réadaptation et ne nuit pas à votre santé.

LES RECOURS

Vous êtes protégé contre toute sanction que votre employeur prendrait à votre endroit à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou de l'exercice d'un droit prévu par la loi. Si vous faites l'objet d'une telle sanction, ou que vous estimez que vous êtes lésé par une décision de votre employeur, vous pouvez utiliser à votre choix la procédure de griefs prévue à votre convention collective ou soumettre une plainte à la CSST.

Si vous estimez que vous êtes lésé par une décision de la CSST, vous pouvez lui en demander la révision en vous adressant au bureau de révision de sa direction régionale. Dans le cas où vous vous croyez lésé par la décision rendue lors de cette révision, c'est la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles qui rendra la décision finale.

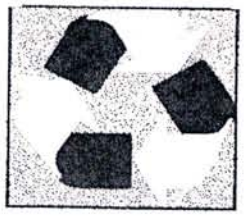
Vous avez aussi des recours dans l'exercice de votre droit au retour au travail. Si vous vous croyez lésé, vous pouvez avoir recours à la procédure de griefs prévue à votre convention collective. En l'absence d'une telle convention, les modalités d'application de votre droit de retour au travail sont déterminées par le comité de santé et de sécurité de l'établissement où est disponible l'emploi que vous avez le droit de réintégrer ou d'occuper. En cas de désaccord au sein de ce comité ou si vous êtes insatisfait de ses recommandations, vous pouvez demander l'intervention de la CSST.

POUR BÉNÉFICIER DE LA PROTECTION DE LA LOI, VOUS DEVEZ REMPLIR CERTAINES OBLIGATIONS

- Aviser votre employeur ou son représentant de votre accident du travail ou de votre maladie professionnelle, le plus tôt possible, de préférence avant de quitter l'établissement.
- Si, après la journée de l'accident, vous êtes incapable de reprendre votre travail, fournir à votre employeur une attestation médicale.
- Si votre incapacité de travailler se prolonge au-delà de quatorze jours, produire une réclamation à la CSST sur le formulaire ci-joint.
- Fournir tous les renseignements qui vous seront demandés par la CSST.
- Vous soumettre aux examens médicaux requis par votre employeur ou la CSST, dans les limites prévues par la loi.
- Suivre les traitements médicaux que votre médecin estime nécessaires.
- Informer sans délai la CSST de tout changement dans votre situation qui peut affecter le montant de vos indemnités.
- Informer votre employeur de la date de votre retour au travail et du fait que vous conserverez ou non une incapacité permanente.
- Retourner au travail dès que vous êtes en mesure de le faire.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT ADDITIONNEL, COMMUNIQUEZ AVEC LE BUREAU DE LA CSST DE VOTRE RÉGION: SON PERSONNEL EST LÀ POUR VOUS AIDER.

V. FORMULAIRE D'ABSENCE



Recyclage

Date: _____

PERMIS D'ABSENCE

Le présent permis d'absence est demandé par:

No. de pointage: _____ Nom: _____

Durée: _____
jour(s) semaine(s) mois

Du: _____ **au:** _____

Il est entendu que l'employé(e) ci-dessus devra se présenter à son travail à la fin de son congé temporaire sous peine de mesures disciplinaires.

Permis accordé par: _____

Contremaître d'équipe: _____

Superviseur du service: _____

Chef de service: _____

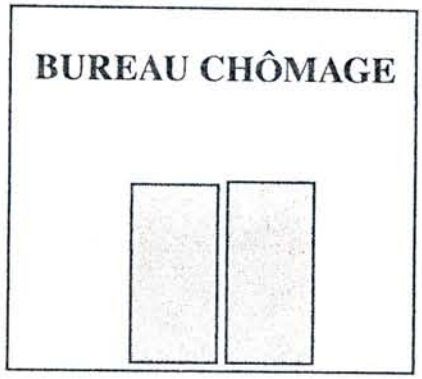
Directeur de l'usine: _____

o

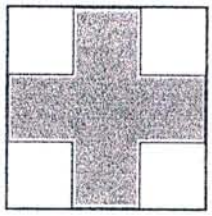
184

1 BLANC - Exemplaire de l'employé(e)
2 JAUNE - Exemplaire du service
3 VERT - Exemplaire du personnel

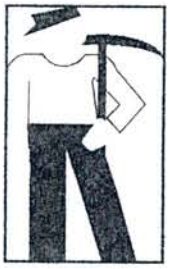
G0223 R1O-89



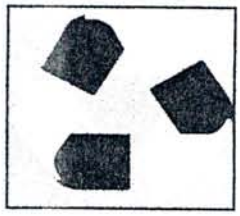
VI. FORMULAIRE D'EMPLOI



1. Domaine hospitalier

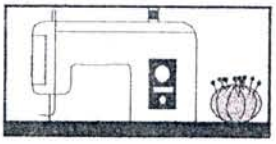


2. Domaine minier

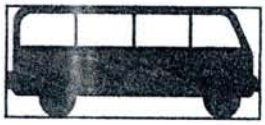


3. Recyclage

4. Restauration



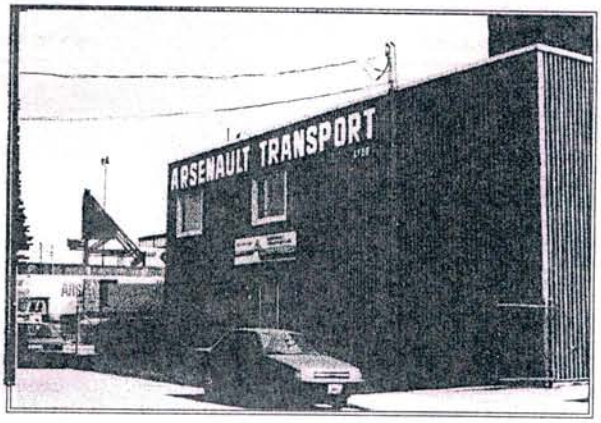
5. Textile



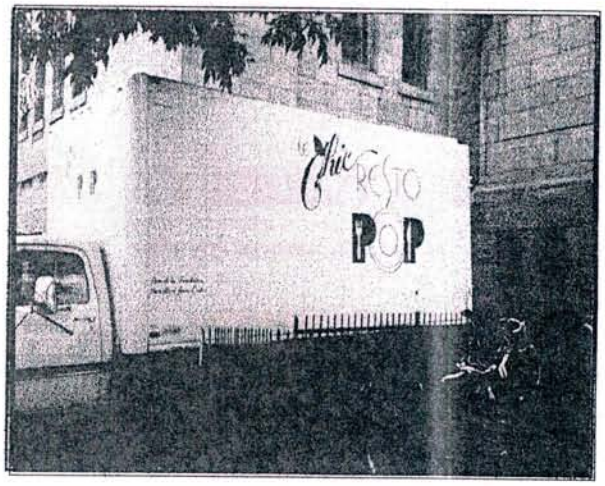
6. Transport

- Domaine minier

-Transport



Restauration



☐ A ☐ B ☐ C
CODE _____
ÉTUDIANT ☐

OFFRE DE SERVICE

Les renseignements demandés sont nécessaires à l'évaluation de votre candidature.
Nous participons au programme d'embauche des personnes handicapées et nous offrons à tous des chances égales d'emploi.

N.B. VEUILLEZ UTILISER DES CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S'IL VOUS PLAÎT

RENSEIGNEMENTS SOCIOLOGIQUES

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE (res.) _____ (travail) _____ (message) _____

Pour travailler au Canada, vous devez être soit citoyen canadien, soit immigrant reçu, soit détenir un permis de travail. Avez-vous le droit de travailler au Canada ?

Non Oui NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE _____ DATE DE NAISSANCE _____

EMPLOI D'ÉTÉ

Postulez-vous un emploi d'été à TITRE D'ÉTUDIANT ? ☐ Oui ☐ Non

Retournez-vous aux ÉTUDES À TEMPS PLEIN EN SEPTEMBRE PROCHAIN ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous référé par quelqu'un travaillant ici ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui : NOM, PRÉNOM _____

VOTRE LIEN AVEC LA PERSONNE QUI VOUS RÉFÈRE : _____

EMPLOI POSTULÉ

TITRES D'EMPLOI 1. _____ 2. _____ 3. _____

DISPONIBILITÉ ☐ Immédiate à compter du _____ ou préavis requis de _____
☐ Temps complet ☐ Temps partiel _____ jrs/sem. ☐ Sur appel

QUART(S) ☐ Jour ☐ Soir ☐ Nuit ☐ Fin de semaine ☐ Rotation

Avez-vous déjà postulé un emploi ici ? ☐ Non ☐ Oui À quelle date ? _____

Avez-vous déjà travaillé ici ? ☐ Non ☐ Oui En quelle année ? _____

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Si requis pour l'emploi postulé, détenez-vous un CERTIFICAT DE QUALIFICATION ou un PERMIS DE PRATIQUE ou êtes-vous MEMBRE D'UNE CORPORATION OU D'UNE ASSOCIATION PROFESSIONNELLE ?

Nom _____ # permis _____ Date d'expiration _____

Vous pouvez nous faire part de votre (vos) limitation (s) physique(s) ou handicap(s) si une sélection adaptée doit être prévue. _____

FORMATION

ÉTUDES SECONDAIRES (Cochez le dernier niveau **réussi**)

☐ MOINS D'UN SEC. V spécifiez: _____ ☐ SEC. V ☐ AUTRES _____

ÉTUDES COLLÉGIALES - UNIVERSITAIRES - AUTRE(S) FORMATION(S)

INSTITUTION	TITRE DU COURS	DERNIER NIVEAU RÉUSSI	DURÉE DU	DURÉE AU

INSCRIVEZ LES **LANGUES QUE VOUS PARLEZ, LISEZ OU ÉCRIVEZ**. INDIQUEZ LE NIVEAU APPROPRIÉ SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 5:

1. Pas du tout 2. Un peu 3. Assez bien 4. Très bien 5. Excellent

LANGUE	PARLÉE	LUE	ÉCRITE
français	_____ / 5	_____ / 5	_____ / 5
_____	_____ / 5	_____ / 5	_____ / 5
_____	_____ / 5	_____ / 5	_____ / 5

EMPLOIS ANTÉRIEURS

1. EMPLOYEUR (NOM, ADRESSE) _____

TITRE D'EMPLOI _____ DURÉE DU _____ AU _____

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT _____ TÉLÉPHONE (____) _____

SOMMAIRE DES FONCTIONS _____

2. EMPLOYEUR (NOM, ADRESSE) _____

TITRE D'EMPLOI _____ DURÉE DU _____ AU _____

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT _____ TÉLÉPHONE (____) _____

SOMMAIRE DES FONCTIONS _____

3. EMPLOYEUR (NOM, ADRESSE) _____

TITRE D'EMPLOI _____ DURÉE DU _____ AU _____

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT _____ TÉLÉPHONE (____) _____

SOMMAIRE DES FONCTIONS _____

COMPLÉTEZ LA SECTION APPROPRIÉE AUX TITRES D'EMPLOI POSTULÉS

SECTION 1

PERSONNEL CLÉRICAL

(commis, dactylo, secrétaire...)

Remplissez le tableau suivant en précisant la valeur de votre expérience en terme de mois ou d'années.

	SANS EXPÉRIENCE FORMATION COMPLÉTÉE (cochez)	VALEUR DE L'E .PÉRIENCE		DERNIÈRE PRATIQUE EN 19...
		NOMBRE D'ANNÉES	NOMBRE DE MOIS	
DACTYLO _____ **mots / min.**				
STÉNO _____ **mots / min.**				
TERMINOLOGIE MÉDICALE				
Résumés de dossier				
Rapports d'examen				
Protocoles opératoires				
Publications scientifiques				
Demandes de subventions				
BUREAUTIQUE - Traitements de texte				
1.				
2.				
3.				
AUTRES LOGICIELS				
1.				
2.				
3.				
AUTRES ÉQUIPEMENTS ET/OU COMMENTAIRES				

SECTION 2

PERSONNEL TECHNIQUE, PROFESSIONNEL OU DE MÉTIER

Résumez-nous les équipements que vous maîtrisez bien et/ou toute information que vous jugez pertinente en regard de vos activités professionnelles.

SECTION 3

PERSONNEL DE SOUTIEN

Auprès des bénéficiaires (préposé sur les unités de soins, en ergothérapie, en physiothérapie etc.)
Services de soutien (entretien ménager, cafétéria, cuisine, magasin, buanderie, lingerie, messagerie etc.)

DANS VOS EMPLOIS ANTÉRIEURS, QUELLE EST LA VALEUR DE VOTRE EXPÉRIENCE EN TERME DE MOIS OU D'ANNÉES ?

	NOMBRE D'ANNÉES	NOMBRE DE MOIS	DERNIÈRE EXPÉRIENCE EN 19...
ENTRETIEN MÉNAGER			
BUANDERIE ET LINGERIE			
RESTAURATION			
SERVICE ALIMENTAIRE DANS UN HÔPITAL			
SERVICE D'APPROVISIONNEMENT			
SERVICE DE MESSAGERIE			
SERVICES AUPRÈS DES BÉNÉFICIAIRES			

DANS LES DEUX DERNIÈRES ANNÉES AVEZ-VOUS ... ? (COCHEZ LA COLONNE APPROPRIEE)

	Jamais	Rarement	À l'occasion	Régulièrement
fait du bénévolat auprès des malades, des personnes âgées ou handicapées				
effectué des soins d'hygiène auprès des malades, des personnes âgées ou handicapées				
travaille avec le public où vous donnez de l'information				
travaille avec le public où occasionnellement les gens étaient agressifs				
fait du travail à la chaîne				
fait du portionnement de nourriture sur une chaîne de production				
utilisé une polisseuse à rotation				
déplacé des charges de plus de 15 kg (33 lbs)				
fait des activités relatives à la réception, à la vérification et au classement de marchandises dans un entrepôt ou un service d'approvisionnement				
travaille le soir				
travaillé la nuit				
travaille la fin de semaine				

COMMENTAIRES

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets. Je comprends que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet de ma candidature ou rendre nul et sans effet mon contrat d'embauche s'il y a lieu. Je consens à subir un examen médical par le médecin du service de santé de l'hôpital comme condition d'embauche.

SIGNATURE **DATE**

Gaz Métropolitain

Demande d'emploi

1717, du Havre, Montréal, Québec H2K 2X3 — (514) 598-3444
Case postale 6111, Succ. "A", Montréal, Québec H3C 3H9

Emploi postulé: _____

Je recherche un poste: Permanent ☐ Temporaire ☐ Été ☐ Stage ☐

Je désire travailler à: Montréal métropolitain ☐ Québec ☐ Rouyn Noranda ☐
Chicoutimi ☐ Trois-Rivières ☐ Sherbrooke ☐

Date de disponibilité: _____ Salaire demandé: _____

Renseignements personnels

Nom: _____ Prénom: _____ No Ass. Sociale: _____

Adresse: _____
no rue app

_____
ville code postal

Téléphone: maison (_____) _____ bureau ou message (_____) _____

Généralités

Qui vous a suggéré de vous adresser à notre compagnie? _____

Cocher et compléter si applicable:

☐ Curriculum vitae ci-joint

☐ Permis de conduire Classe _____ ☐ Je possède une automobile

☐ J'ai déjà sollicité un emploi à votre compagnie le _____ et j'ai passé ☐ tests et/ou ☐ entrevues.

☐ J'ai été à l'emploi de votre compagnie de _____ à _____
pour le service _____

☐ Dans le cadre du programme d'embauche de personnes handicapées, auquel Gaz Métropolitain participe, et pour bien faire valoir ma candidature, je désire vous faire part de mon handicap qui nécessiterait l'adaptation de vos méthodes de sélection (test, entrevue, ...) à ma situation.

Voici la nature de mon handicap: _____

Connaissance des langues

Langues	Parlées			Écrites		
	très bien	bien	faible	très bien	bien	faible
Français	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anglais	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[illegible]

Scolarité			
Niveau	**Nom de l'institution**	**Diplôme obtenu et/ou spécialisation**	**Année d'obtention**
Secondaire			
Collégial			
Universitaire			
Post-universitaire			
Institut technique			
Autre			

Formation complémentaire

☐ J'ai participé à des séminaires, colloques, autres: _____

_____

☐ Je poursuis des études (cours suivis / diplôme visé): _____

☐ Je suis membre d'une association, société ou corporation professionnelle: _____

_____

Connaissances techniques

Cocher parmis les habiletés suivantes, celles que vous avez:

☐ Dactylo française (M/Mn_____) ☐ Sténo française (M/Mn_____)

☐ Dactylo anglaise (M/Mn_____) ☐ Sténo anglaise (M/Mn_____)

☐ Dictaphone ☐ Standard téléphonique, modèle _____

☐ Traitement de texte, modèle / logiciel: _____

☐ Saisie de données, modèle: _____

☐ Micro-ordinateur, langage / logiciel: _____

☐ Afin d'effectuer mon métier, je détiens une license, un permis ou une carte de compétence (spécifiez):

_____

☐ Je détiens une attestation du cours "Sécurité générale sur les chantiers de construction" suivi en 19____.

☐ Autre (dessin technique, ...): _____

Expérience de travail (mentionnez tous les emplois passés en débutant par votre emploi actuel ou le plus récent)

Durée de l'emploi: de _____ à _____ Fonction: _____

Nom de la compagnie: _____ Adresse: _____

Téléphone (_____) _____ Genre d'affaires: _____

Salaire au départ _____ Nom du supérieur _____

Principales réalisations: _____

_____

Motif du départ: _____

Durée de l'emploi: de _____ à _____ Fonction: _____

Nom de la compagnie: _____ Adresse: _____

Téléphone (_____) _____ Genre d'affaires: _____

Salaire au départ _____ Nom du supérieur _____

Principales réalisations: _____

_____

Motif du départ: _____

Durée de l'emploi: de _____ à _____ Fonction: _____

Nom de la compagnie: _____ Adresse: _____

Téléphone (_____) _____ Genre d'affaires: _____

Salaire au départ _____ Nom du supérieur _____

Principales réalisations: _____

_____

Motif du départ: _____

Durée de l'emploi: de _____ à _____ Fonction: _____

Nom de la compagnie: _____ Adresse: _____

Téléphone (_____) _____ Genre d'affaires: _____

Salaire au départ _____ Nom du supérieur _____

Principales réalisations: _____

_____

Motif du départ: _____

Autres détails sur vos aptitudes et expérience que vous croyez utile de mentionner:

_____

_____

VEUILLEZ NOTER: *a) Un examen médical est requis avant l'embauche.*
b) Toute fausse déclaration sur cette demande d'emploi constituera une raison de renvoi immédiat si embauché.
c) J'accepte que mon engagement me soit confirmé qu'après vérification des références d'emploi.

Signature du candidat _____ Date _____

Le (la) candidat(e) ne doit pas écrire sur cette page

Remarques de l'intervieweur

Signature: _____ Date: _____

☐ Référé(e) pour seconde entrevue avec le représentant de service

_____ _____ _____

Nom du représentant de service | Date | Heure

Remarques du représentant de service

Signature: _____ Date: _____

À compléter si le (la) candidat(e) est embauché(e).

Date de naissance: _____

Personne à avertir en cas d'urgence: Nom _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

ANNEXE À LA DEMANDE D'EMPLOI

Équité en matière d'emploi
Questionnaire d'auto-identification

Gaz Métropolitain désire assurer l'équité en matière d'emploi. Dans cette optique, des mesures ont été élaborées dans le but d'éliminer toutes formes de discrimination.

L'une d'elles est la compilation statistique de données sur le groupe d'appartenance (femme, minorité visible, autochtone, handicapé) des candidatures reçues.

À cet effet, les renseignements suivants sont recueillis. Toutes les informations que vous fournirez sont confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.

1. Numéro d'assurance sociale _____ - _____ - _____

2. Région de résidence

☐ Montréal ☐ Mauricie ☐ Rouyn-Noranda
☐ Laurentides ☐ Estrie ☐ Saguenay / Lac St-Jean
☐ Montérégie ☐ Québec

3. Sexe

☐ Masculin ☐ Féminin

4. Handicap

Considérez-vous être atteint d'une déficience permanente d'ordre physique, mental, psychiatrique ou d'apprentissage qui vous limiterait dans un éventuel travail ou dans la vie de tous les jours ?

☐ Oui ☐ Non

À titre d'exemples:

- problème de coordination
- grave trouble de la vue
- grave trouble de l'ouïe
- problème d'élocution
- problème de motricité (ex. paralysie, membre amputé, ...)
- difficulté de développement mental
- problème psychiatrique
- problème d'apprentissage (ex. dyslexie)
- paralysie cérébrale
- maladie contrôlée (ex. épilepsie, schizophrénie, ...)

5. Autochtone

L'autochtone est une personne indienne inscrite ou non, inuit ou métisse.

Vous considérez-vous comme étant autochtone ?

☐ Oui ☐ Non

6. Minorités visibles

Le membre d'une minorité visible est une personne de race ou de couleur autre que celle de la majorité de la population canadienne.

Vous considérez-vous comme étant membre d'une minorité visible ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez laquelle :

☐ chinoise
☐ japonaise
☐ philippine
☐ coréenne
☐ noire (d'Afrique, des Antilles, du Canada ou des États-Unis)
☐ asiatique occidentale et arabe (Arménie, Égypte, Iran, Irak, Palestine, Liban ...)
☐ asiatique du Sud-Est (Birmanie, Laos, Viet-Nam, Thaïlande, Cambodge ...)
☐ indo-pakistanaise (Bengale, Pakistan ...)
☐ autre précisez _____

7. Je préfère ne pas remplir le questionnaire d'auto - identification.

_____ - _____ - _____ _____

Numéro d'assurance sociale Date

Demande d'emploi

Veuillez écrire lisiblement ou en lettres moulées et répondre à toutes les questions. Tous les renseignements seront confidentiels. Ce document constituera un dossier permanent si vous êtes engagé. Les réponses ne doivent inclure aucune référence à vos origines nationale, raciale ou religieuse.

Nom de famille					N° de téléphone à domicile	
Prénom		Autre prénom			N° de téléphone au travail	
Adresse actuelle	N° rue	Ville	Prov.		Code postal	Depuis quand?
Adresse précédente au Canada	N° rue	Ville	Prov.		Code postal	Depuis quand?
Êtes-vous légalement autorisé à travailler au Canada? Ceux qui y sont autorisés sont les citoyens canadiens, les immigrants reçus ou les détenteurs d'un permis de travail valide.		Oui ☐	Non ☐		N° d'assurance sociale	

Emploi désiré

Si vous êtes engagé, quand seriez-vous prêt à commencer?

Si vous avez sollicité un emploi dans l'usine rémunéré sur une base horaire, pouvez-vous travailler par équipe? (p.ex. de nuit, etc.) Oui ☐ Non ☐

Avec-vous déjà travaillé pour nous ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, Quand? Où?

Comment avez-vous entendu parler de notre compagnie ?

Avez-vous des parents à l'emploi de notre compagnie ! Oui ☐ Non ☐

Veuillez écrire lisiblement ou en lettres moulees.

Indiquez le niveau d'équivalence pour cette province.

Niveau	Période d'études		Principaux cours suivis	Année complétée diplômes/certificats
	De:mois/an.	De:mois/an.		
Nom de l'ecole secondaire				
Nom du C.E.G.E.P.(ou équivalent)				
Nom de l'université				
Nom des écoles de cours par correspondance, du soir ou l'école commerciale				
Autre				

Indiquez les prix scolaires reçus:

Participation et rôle dans les activités scolaires et sportives.

Apprentissage et programmes de formation: énumérez tous les programmes de formation suivis lorsque vous travailliez pour d'autres compagnies.

Langues: indiquez les autres langues écrites et parlées suffisamment bien pour les utiliser dans votre travail;

Remarque: N'indiquez que les domaines qui ont un rapport avec l'emploi sollicité.

Emplois d'usine

Chochez ici	Compétences	Années	Mois	Cochez ici	Compétences	Années	Mois
	Opérateur de monte-charge				Indiquez les machines que vous pouvez utiliser		
	Soudage - spécifiez le genre						
	Lecture de plans				Autres compétences techniques		

Emplois de bureau

Chochez ici	Compétences	Années	Mois	Chochez ici	Compétences	Années	Mois
	Dictaphone				Sténographie Vitesse:		
	Machine à perforer Vitesse:				Indiquez les autres appareils de bureau que vous pouvez utiliser		
	Dactylographie Vitesse:						

Emplois professionels / de gestion / de surveillance

Indiquez vos compétences concernant l'emploi sollicité

Intérêts - Les réponses ne doivent inclure aucune référence à vos origines nationales, raciales ou religieuses.

Associations ayant un rapport avec l'emploi et postes occupés.

Compétences / intérêts sans rapport avec l'emploi:

Inscrivez dans l'ordre, en commençant par le dernier employeur.
Nous ne communiquerons pas avec votre employeur actuel sans votre autorisation formelle.

Nom de la compagnie	De: mois/année	À: mois/année
Adresse	Nom du supérieur immédiat	
Dernier poste	Salaire au début	Salaire actuel
Tâches	Raisons du départ	
	Pouvons-nous communiquer avec cet employeur? Oui ☐ Non ☐	
Nom de la compagnie	De: mois/année	À: mois/année
Adresse	Nom du supérieur immédiat	
Dernier poste	Salaire au début	Salaire actuel
Tâches	Raisons du départ	
	Pouvons-nous communiquer avec cet employeur? Oui ☐ Non ☐	
Nom de la compagnie	De: mois/année	À: mois/année
Adresse	Nom du supérieur immédiat	
Dernier poste	Salaire au début	Salaire actuel
Tâches	Raisons du départ	
	Pouvons-nous communiquer avec cet employeur? Oui ☐ Non ☐	
Nom de la compagnie	De: mois/année	À: mois/année
Adresse	Nom du supérieur immédiat	
Dernier poste	Salaire au début	Salaire actuel
Tâches	Raisons du départ	
	Pouvons-nous communiquer avec cet employeur? Oui ☐ Non ☐	

Employez une feuille supplémentaire en cas de besoin.

Donnez les noms de trois personnes avec qui vous n'avez aucun lien de parenté et qui n'ont pas été vos employeurs. Ces personnes doivent vous avoir connu depuis plusieurs années. N'indiquez pas les noms de prêtres, pasteurs ou ministres.

Nom	Adresse	Profession	Nombre d'années de connaissance

L'acceptation est sujette aux conditions suivantes et aux déclarations des présentes que j'ai signées comme étant vraies et exactes.

1. Je participerai aux régimes d'avantages sociaux collectifs, actuels et futurs, et je donnerai tous les renseignements requis pour la gestion des régimes d'avantages sociaux collectifs (preuve d'âge, état civil, nombre de personnes à charge, sexe et désignation d'un bénéficiaire).

2. J'accepterai de passer des examens médicaux (y compris des prises de sang pour analyse) avec un médecin choisi par la compagnie, au moment déterminé par cette dernière, et j'accepterai que la médecin rapporte tout résultat qui pourrait affecter ma capacité à exécuter le travail que j'ai sollicité. Des examens médicaux pour des raisons de santé et de sécurité peuvent être requis après embauche.

3. Je fournirai les documents établissant la preuve que je peux légalement travailler au Canada. (Citoyenneté canadienne, visa de travail temporaire ou statut d'immigrant reçu.)

4. Je me conformerai à tous les règlements et à toutes les instructions de sécurité.

5. Ayant conscience que la compagnie doit prendre des mesures de sécurité, j'accepterai de me soumettre à une fouille de ma personne par un agent de sécurité ou (dans le cas d'une employée), par une agent de sécurité, à une recherche ou à une fouille par un dirigeant ou un employé autorisé de la compagnie, de mes vêtements, biens personnels, ou autres colis ou effets que je peux avoir avec moi lorsque je suis à l'intérieur ou près des locaux de la compagnie, et à la saisie ou la rétention par la compagnie de tout objet dont je ne suis pas en mesure de justifier la possession.

6. J'accorde volontairement à la compagnie le droit de mener une enquête approfondie sur mes emplois antérieurs et j'accepte de collaborer auxdites enquêtes.

Date_____ Signature du candidat _____

Chic RESTO POP

FORMULAIRE D'EMPLOI

Les renseignement qui vous sont demandés nous sont nécessaires pour connaitre vos goûts, vos intérêts et vos expérience.

==========

Emploi demandé: 1er choix :_____

2e choix :_____

Nom :_____

Adresse :_____

Code postal:_____ *Tel.* :_____

Numero d'assurance sociale :_____

Numero de dossier (B.E.S.) :_____

Date de naissance :_____ *Age* :_____

Permis de conduire : Oui_____ Non _____ Classe_____

Langues parlées : Français____ Anglais_____ Autres _____

==========

*Depuis quand êtes-vous sur l'aide sociale ?*_____

Bureau :_____

Adresse:_____

Agent :_____ Tel._____

Montant mensuel actuel :_____

Situation budgétaire & familiale :

HABITE: En chambre_____ Co-location_____ À loyer_____
Nbrs d'enfants à charge_____
Coupure sur le chèque _____

Référence.

*Qui vous a référé au Resto Pop:*_____

Avez-vous déja complété une offre de service ou travaillé ici ?
Non _____ Oui _____ Si oui, quand? _____

==========

Etudes :

*Niveau complété :*_____

*Diplôme obtenu :*_____

Expérience de travail :

Quelles sont vos expériences de travail ?
_____
_____
_____
_____
_____

*Temps total sur le marché du travail:*_____

Commentaires confidentiels (Santé;physique & psychologique,alcoolisme,burn-out,difficulté,etc.)
_____
_____
_____
_____
_____

*Signature :*_____ *Date :*_____

(à l'usage du service du personnel seulement.)
Appelé le _____ _____ *Débute le* _____
_____ _____ *Poste* _____
_____ _____ *Equipe* _____

À été refusé :
_____

FORMULE D'APPLICATION

APPLICATION À TITRE DE : _____

PERSONNEL

No. Assurance Sociale : _____ Date de naissance : _____

Nom : _____
Nom de famille Prénom

Adresse : _____
Numéro Rue Appt. Ville Code Postal Téléphone

Etes-vous à l'embauche d'une autre compagnie qui pourrait restreindre votre disponibilité à notre compagnie ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, expliquez _____

Avez-vous déjà travaillé pour notre compagnie ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, quand ? _____

Connaissez-vous des gens à notre emploi ? _____ Si oui, qui ? _____

Comment avez-vous été référé chez Arsenault Transport ? _____

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Nommez votre dernier emploi ou un emploi semblable au poste demandé :

Compagnie _____ Lieu _____

Téléphone _____ Superviseur _____

Dates travaillées : De _____ À _____ Salaire _____

Raison du départ : _____

ÉDUCATION

Nommez la dernière école à laquelle vous avez été inscrit : _____

Êtes-vous étudiant présentement ? Oui ☐ Non ☐ Dernier niveau complété : _____

Parlez-vous l'anglais ? Oui ☐ Non ☐ Parlez vous d'autre langues ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle ou lesquelles ? _____

(suite au verso)

DISPONIBILITÉ

Veuillez entrer vos disponibilités :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin							
Après-Midi							
Soir							

À combien de km (environ) demeurez-vous de notre compagnie ? _____

Comment vous rendrez-vous au travail ? _____

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, nous pouvons rejoindre :

_____ _____
Nom Téléphone

_____ _____
Nom Téléphone

RÉFÉRENCES

Nommez deux personnes qui vous connaissent depuis au moins un an et qui peuvent donner une référence sur vous. Ne pas nommer parents ou employés de Arsenault Transport :

_____ _____ _____ _____
Nom Téléphone Nom Téléphone

J'autorise Arsenault Transport à contacter mon employeur précédent, références données ou tout autres personnes pouvant donner de l'information relative sur l'authenticité des affirmations du présent document en relation avec l'emploi postulé. Je comprend que fausser l'information de la présente ou de refuser de me conformer à certains tests médicaux peuvent entrainer mon congédiement immédiat de chez Arsenault Transport Ltée.

Signature _____ Date _____

DEMANDE D'EMPLOI

EN LETTRES MOULEES

POSITION DEMANDEE _____

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE _____ APP. _____

VILLE _____ PROVINCE _____

CODE POSTAL _____ TELEPHONE _____

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DATE DE NAISSANCE _____ NO. D'ASSURANCE SOCIALE _____

TAILLE _____ POIDS _____

ETAT CIVIL: CELIBATAIRE ( ) MARIE(E) ( ) DIVORCE(E) ( ) SEPARE(E) ( ) VEUF (VE) ( )

NOMBRE D'ENFANTS _____ AGES _____

LANGUES PARLEES: FRANCAIS ( ) ANGLAIS ( ) AUTRES PRECISEZ ( ) _____

ETES-VOUS PRESENTEMENT SOUS LES SOINS D'UN MEDECIN? _____
AVEZ-VOUS ETE HOSPITALISE(EE) DANS LES DOUZE DERNIERS MOIS? _____
SI OUI PRECISEZ _____

AVEZ-VOUS DEJA EU UN ACCIDENT DE TRAVAIL? _____
PERSONNE A REJOINDRE EN CAS D'ACCIDENT _____
LIEN DE PARENTE _____ TELEPHONE _____

MOYEN DE TRANSPORT: AUTOMOBILE ( ) AUTOBUS ( ) METRO ( ) AUTRES ( ) _____

POSSEDEZ-VOUS UNE VOITURE _____
SI OUI: MARQUE _____ ANNEE _____ PAIEMENT _____ PAR MOIS _____

FORMATION SCOLAIRE

DERNIERE ECOLE FREQUENTEE _____
NOMBRE D'ANNEES D'ETUDES COMPLETEES _____
FORMATION: GENERALE ( ) SPECIALISEE ( ) PRECISEZ _____

EMPLOIS PRECEDENTS

NOM _____ DATE D'EMBAUCHE _____

ADRESSE _____ DATE DE DEPART _____

TELEPHONE _____ SALAIRE _____

GENRE DE TRAVAIL _____ RAISON DU DEPART _____

NOM _____ DATE D'EMBAUCHE _____

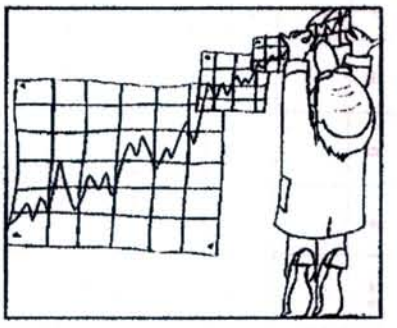
ADRESSE _____ DATE DE DEPART _____

TELEPHONE _____ SALAIRE _____

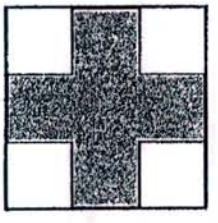
GENRE DE TRAVAIL _____ RAISON DU DEPART _____

SIGNATURE _____ DATE _____

JE SOUSSIGNE CERTIFIE QUE TOUTES CES INFORMATIONS SONT VERIDIQUES.



VII. GRILLE D'ÉVALUATION



1. Domaine hospitalier

2. Restauration

APPRÉCIATION DE L'EMPLOYÉ(E)

Nom _____ Matricule _____

Classification _____ Service _____ Date d'entrée _____

Cette appréciation doit être retournée à la Direction du Personnel le

TRAITS	++	+	0	-	--
1° **CONNAISSANCE DU TRAVAIL** – Connaissances acquises par sa formation et son expérience antérieure ou actuelle					
2° **EXACTITUDE** – Capacité d'accomplir une tâche à temps et sans erreur.					
3° **PRODUCTIVITE** – Volume de travail effectué.					
4° **APTITUDE À APPRENDRE** – Capacité d'acquérir un ensemble de connaissances.					
5° **INITIATIVE** – Qualité de celui qui est porté à agir spontanément et adéquatement.					
6° **MATURITÉ** – Capacité de réagir correctement à une situation donnée.					
7° **JUGEMENT** – La faculté de comprendre une situation, en évaluer les implications en vue d'énoncer une opinion.					
8° **INTÉRÈT** – Attribuer de l'importance aux tâches qui sont confiées.					
9° **APTITUDE À DIRIGER** – Qualités de chef, de supervision.					
10° **ESPRIT D'ÉQUIPE ET FLEXIBILITÉ** - Aptitude à travailler avec les autres et à manifester de l'équité et de la cordialité dans ses rapports avec autrui					

TRAITS	++	+	0	–	– –
11° RELATION AVEC L'EXTÉRIEUR – Habileté à comprendre les gens et leur comportement					
12° RELATION AVEC L'AUTORITÉ – Acceptation et exécution des directives émises					
13° APPARENCE ET MAINTIEN – Souci de se conformer aux instructions concernant la tenue vestimentaire, la propreté et l'apparence générale de sa personne					
14° PONCTUALITÉ – Qualité de l'employé qui se présente au travail aux heures établies					
15° ASSIDUITÉ – Qualité de celui qui est présent à son travail.					

J'accepte l'employé(e): Oui ☐ Non ☐

REMARQUES:

Date

Signature

Resto-Pop Inc.
3532, rue Adam
Montréal, Québec
H1W 1Y8
Tel.: (514) 521-4089

GRILLE D'EVALUATION

CUISINE

CONNAISSANCES TECHNIQUES	INSATIS-FAISANT	PASSABLE	BON	TRES BON
Aptitude à comprendre et à intégrer les instructions	____	____	____	____
Capacité de planifier son travail	____	____	____	____
Connaissance des températures exigées	____	____	____	____
Connaissance du fonctionnement des équipements	____	____	____	____
Propreté des équipements et des lieux	____	____	____	____
Efficacité dans l'exécution des tâches	____	____	____	____
Préoccupation de la qualité des produits	____	____	____	____
Application des règles d'hygiène et de sécurité	____	____	____	____
Respect des portions	____	____	____	____
Présentation esthétique des plats	____	____	____	____
APTITUDES PERSONNELLES				
Honnêteté	____	____	____	____
Ponctualité	____	____	____	____
Assiduité	____	____	____	____
Humeur	____	____	____	____
Propreté personnelle	____	____	____	____
Autonomie et initiative	____	____	____	____
Sens des responsabilités	____	____	____	____

	INSATIS-FAISANT	PASSABLE	BON	TRES BON
Souci de l'économie	____	____	____	____
Résistance au stress	____	____	____	____
Aptitude à recevoir les remarques ou les critiques	____	____	____	____
Capacité de travailler en équipe	____	____	____	____
Désir de développement personnel	____	____	____	____

QUESTIONS

1) Qu'est-ce que tu aimes le plus au Resto? _____

2) Qu'est-ce que tu aimes le moins au Resto? _____

3) Après ton stage au Resto, quels sont tes projets de travail? _____

COMMENTAIRES

Signature des évaluateurs: _____

Date: _____

Nom de l'employé/e: _____