



PRÉ-EMBAUCHE D'UN CANDIDAT POLICIER

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

À REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Nom		Prénom	
Adresse (n°, rue, appartement)			
Ville		Province	Code Postal
Courriel			
Tél. résidentiel ()	Tél. travail ()		Tél. autre ()
Facebook	Twitter		Instagram
Linked In		Autre	
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	NAS -	N° de permis de conduire - -	

Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels fournis dans ce formulaire sont protégés en vertu des dispositions de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1)

INFORMATIONS AUX CANDIDATS

Les conditions minimales pour l'embauche d'un policier au Service de police de la Ville de Saint-Jérôme sont énoncées à l'article 115 de la *Loi sur la police* (2000, chapitre 16) laquelle a été sanctionnée par le gouvernement du Québec le 16 juin 2000.

L'article 115 de la Loi sur la police stipule :

« 115. Les conditions minimales pour être embauché comme policier sont les suivantes :

1. Être citoyen canadien;
2. Être de bonnes mœurs;
3. Ne pas avoir été reconnu coupable, en quelque lieu que ce soit, d'un acte ou d'une omission que le Code criminel (Lois révisées du Canada (1985), chapitre C-46) décrit comme une infraction, ni d'une des infractions visées à l'article 183 de ce Code, créées par l'une des lois qui y sont énumérées;
4. Être diplômé de l'École nationale de police du Québec ou satisfaire aux normes d'équivalence établies par le règlement de l'École »;
5. En voie d'obtenir son diplôme ou avoir une date d'entrée à l'École Nationale de police du Québec (inscrire date de début et de fin à la section E1).

Les informations recueillies dans le présent questionnaire serviront dans le cadre de l'enquête administrative pré-embauche. Les informations n'auront aucune portée limitative sur ladite enquête.

Le questionnaire doit être rempli, signé et remis au Service de la gestion du capital humain et au Service de police de la Ville de Saint-Jérôme tel que requis afin que votre candidature soit considérée lors du processus de sélection.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

1. Compléter le formulaire en lettres moulées, à l'encre ou en format Word;
2. Lire et suivre **attentivement** les instructions données;
3. Donner suite à **toutes** les questions de façon précise, honnête et sans exception, en inscrivant les réponses aux endroits appropriés du questionnaire;
4. Fournir **tous** les renseignements demandés;
5. **Si l'espace réservé est insuffisant**, utilisez des feuilles supplémentaires **en identifiant bien** la section correspondante;
6. Si vous ne pouvez fournir certains renseignements, veuillez l'expliquer sur une feuille supplémentaire **en identifiant bien** la section correspondante;
7. Prendre connaissance des parties « Déclaration », « Formulaire d'autorisation d'enquête administrative pré-embauche », « Formulaire d'autorisation pour dépistage de drogues et stupéfiants » et « Formulaire d'autorisation - polygraphe » et y **compléter l'ensemble des champs requis** et y apposer votre **signature** et la date;
8. Les candidats dont les formulaires sont **incomplets** ou **non signés** ne seront **pas admissibles** à l'entrevue;
9. Le cahier du participant une fois rempli est révisé par le SPVSJ afin de déterminer si le participant satisfait les critères établis par le SPVSJ;
10. Si les réponses sont satisfaisantes et rencontrent les normes établies par le SPVSJ, le participant est cédulé pour la prochaine étape du processus;
11. Un compte rendu complet avec tous les ajouts et les résultats de l'examen polygraphique est soumis au comité désigné par le SPVSJ afin de déterminer si celui-ci satisfait les critères établis par le SPVSJ;
12. La décision d'embaucher le participant est exclusive au SPVSJ. Elle fait suite à l'étude de toutes les étapes du processus de dotation;
13. Si vous êtes convoqué à l'étape d'entrevue, au moment de la rencontre, il est important d'apporter avec vous le document original rempli;
14. **Vous devez faire parvenir ce questionnaire dûment complété et signé à l'adresse courriel : embauchesp@vsj.ca.**

MISE EN GARDE : ce document est protégé et est la propriété du SPVSJ. Il est strictement défendu d'en faire une copie (en entier ou en partie), de le distribuer à d'autres personnes (sauf aux personnes responsables du processus au SPVSJ) ou d'en diffuser son contenu.

Note : Le genre masculin est utilisé dans ce document aux seules fins d'alléger le texte.

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Veillez indiquer la description de votre véhicule :

Veillez indiquer le numéro d'immatriculation de votre véhicule :

B. MILIEU RÉSIDENTIEL

B1 En débutant par votre adresse actuelle, inscrire sur la **ligne 1**, les adresses où vous avez demeuré depuis les cinq dernières années. Pour chaque adresse, spécifiez si vous étiez propriétaire en cochant la case appropriée (OUI ou NON).

Si vous avez répondu NON, inscrire sur la ligne 2, le nom, l'adresse (n°, rue, appartement, ville, province et code postal) et le n° de téléphone du propriétaire.

De An	Mois	À An	Mois	À titre de Propriétaire?	Adresse (n° civique, rue, appartement, ville, province, code postal, téléphone)
				OUI	1.
				NON	2.
				OUI	1.
				NON	2.
				OUI	1.
				NON	2.
				OUI	1.
				NON	2.

B2 Si vous êtes locataire, veuillez identifier votre propriétaire :

Nom		Prénom		Nom de la compagnie	
Adresse (n°, rue, appartement)		Ville ou municipalité		Province	Code Postal
Téléphone au travail ()			Téléphone autre ()		

C. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

C1 Indiquer votre situation **actuelle** : Célibataire Marié Conjoint de fait Séparé Divorcé Veuf

C2 Indiquer la date du dernier changement à votre situation (aaaa-mm-jj) : | | | | - | | | - | | |

Fournir les renseignements demandés sur **votre ami (e) de cœur** ou votre **ex-ami (e) de cœur** si la séparation date de moins de cinq ans. Précisez le nom de famille à la naissance de l'ami (e) de cœur ou de l'ex-ami (e) de cœur, le cas échéant. Si la personne est décédée, inscrire *Décédé (e)* à la case *Adresse*.

AM(E) DE CŒUR	C3 Nom		Prénom(s) (encercler le prénom usuel)		Nom à la naissance (si différent)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Adresse (n°, rue, appartement)			Ville ou municipalité		Province	Code postal	
	Date de naissance (aaaa-mm-jj) -		Téléphone (résidence) ()		Téléphone travail ()		Téléphone autre ()	
	Occupation		Nom et titre de l'employeur			Date d'effet (aaaa-mm-jj) -		

Réservé au service de police

EX-AMI(E)	C4 Nom		Prénom(s) (encercler le prénom usuel)		Nom à la naissance (si différent)		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Adresse (n°, rue, appartement)			Ville ou municipalité		Province	Code postal	
	Date de naissance (aaaa-mm-jj) -		Téléphone (résidence) ()		Téléphone travail ()		Téléphone autre ()	
	Occupation		Nom et titre de l'employeur			Date d'effet (aaaa-mm-jj) -		

Réservé au service de police

- Fournir les renseignements demandés **sur votre famille** (enfant(s), père, mère, frère(s), sœur(s), y compris les défunts).
- Fournir les renseignements demandés **sur la famille de votre ami(e) de cœur** (enfant(s), père, mère, frère(s), sœurs(s), y compris les défunts).
- Indiquer le lien de parenté vous unissant à ces personnes en utilisant les termes suivants : enfant, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, beau-frère, belle-sœur et préciser : enfant (à charge ou non), personne décédée (indiquer *Décédé* dans la case *Adresse*).
- Fournir les renseignements demandés sur toute autre personne habitant avec vous (ex. : colocataire)

C5 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Adresse (n°, rue, appartement)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation		Nom et titre de l'employeur	

Réservé au service de police

C6 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Adresse (n°, rue, appartement)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation		Nom et titre de l'employeur	

Réservé au service de police

C7 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Adresse (n°, rue, appartement)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation		Nom et titre de l'employeur	

Réservé au service de police

C8 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Adresse (n°, rue, appartement)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation		Nom et titre de l'employeur	

Réservé au service de police

C9 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Adresse (n°, rue, appartement)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation		Nom et titre de l'employeur	

Réservé au service de police

Initiales

D. RÉFÉRENCES

Fournir le nom de trois adultes **qui n'ont aucun lien de parenté avec vous** et qui peuvent donner des références personnelles à votre sujet. **Ces personnes ne doivent pas être des employeurs cités dans vos renseignements professionnels** (Bloc F). Les personnes référées doivent être ou avoir été en relation avec vous pour une période d'environ cinq ans, demeurer au Canada et être accessibles. Il doit s'agir d'adultes qui vous connaissent bien personnellement.

D1 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation	Nom et titre de l'employeur		

Réservé au service de police

D2 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation	Nom et titre de l'employeur		

Réservé au service de police

D3 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation	Nom et titre de l'employeur		

Réservé au service de police

Aux fins de l'enquête, connaissez-vous un ou des employé(s) (policier ou civil) au Service de police de la Ville de Saint-Jérôme?

NON OUI Si oui, précisez leur identité :

D4 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation	Nom et titre de l'employeur		

Réservé au service de police

D5 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)	Ville municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -	Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()
Occupation	Nom et titre de l'employeur		

Réservé au service de police

Aux fins de l'enquête, connaissez-vous un ou des employé(s) de la Ville de Saint-Jérôme autre que du Service de police? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez leur identité :					
D6 Nom		Prénom usuel		Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)			Ville municipalité		Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -		Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()	
Occupation			Nom et titre de l'employeur		
Réservé au service de police					
D7 Nom		Prénom usuel		Relation avec vous (amis, voisin, etc.)	
Adresse (n°, rue, appartement)			Ville municipalité		Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -		Téléphone (résidence) ()	Téléphone travail ()	Téléphone autre ()	
Occupation			Nom et titre de l'employeur		
Réservé au service de police					

E. RENSEIGNEMENTS ACADÉMIQUES

E1 En débutant par vos études les plus récentes et jusqu'au début de vos études secondaires, fournir les informations concernant les institutions fréquentées, en y indiquant :

- la période correspondante
- la dernière année complétée
- le certificat obtenu et la spécialisation, s'il y a lieu.

Indiquer **l'ensemble de vos études** (temps plein, temps partiel, diplômes obtenus, études en cours ou études non complétées ou à venir).

De		À		Nom de l'institution	Dernière année complétée	Certificat ou diplôme	Spécialisation
An	Mois	An	Mois				

E2 Avez- vous été dans l'obligation de reprendre une année académique?

NON OUI Si oui, précisez laquelle et les raisons :

E3 Avez- vous déjà été expulsé d'une institution d'enseignement?

NON OUI Si oui, précisez laquelle et les raisons :

E4 Avez- vous déjà été suspendu d'une institution d'enseignement?

NON OUI Si oui, précisez laquelle et les raisons :

E5 Avez- vous déjà été refusé dans une institution d'enseignement?

NON OUI Si oui, précisez laquelle et les raisons :

F. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Veillez indiquer l'ensemble de vos expériences de travail depuis l'âge de 16 ans. Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille supplémentaire et identifier la section.

F1	An	Mois	An	Mois	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Salaire Annuel (\$)
De		à					

Nom de l'employeur (actuel <input type="checkbox"/> , antérieur <input type="checkbox"/>)	Nom et fonction du supérieur immédiat
--	---------------------------------------

Adresse au travail	Téléphone ()
--------------------	------------------

Principales tâches accomplies

Raison du départ

F2	An	Mois	An	Mois	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Salaire Annuel (\$)
De		à					

Nom de l'employeur (actuel <input type="checkbox"/> , antérieur <input type="checkbox"/>)	Nom et fonction du supérieur immédiat
--	---------------------------------------

Adresse au travail	Téléphone ()
--------------------	------------------

Principales tâches accomplies

Raison du départ

F3 Est-ce que votre emploi serait compromis si nous communiquions avec votre supérieur actuel? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez pourquoi :
--

F4 Avez-vous énuméré l'ensemble de vos emplois antérieurs depuis l'âge de 16 ans dans la précédente question? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

F5 Avez-vous déjà omis intentionnellement d'inscrire un ou des emplois antérieurs dans une autre offre d'emploi (à la Ville de Saint-Jérôme ou pour un autre employeur)? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
--

F6 Avez-vous déjà fait l'objet de mesures administratives, disciplinaires ou, si applicables, déontologiques (suspension, sanction ou rétrogradation, etc.) de la part d'un employeur? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez la ou les mesures et les raisons :
--

Nom de l'employeur :

Emploi exercé

Circonstances des mesures :

F7 Êtes-vous actuellement sous enquête (administrative, disciplinaire, déontologique, civile ou pénale), si applicable? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez :
--

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison :

F8 Avez-vous déjà été congédié par un employeur? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez lesquels et les raisons :

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison du congédiement :

F9 Vous a-t-on déjà demandé de démissionner de chez un employeur?
 NON OUI Si oui, précisez lesquels et les raisons :
 Nom de l'employeur :
 Emploi exercé :
 Raison :

F10 Avez-vous déjà démissionné sans préavis?
 NON OUI Si oui, précisez lesquels et les raisons :
 Nom de l'employeur :
 Emploi exercé :
 Raison :

F11 Avez-vous déjà travaillé sans le déclarer à l'Agence de revenu du Canada?
 NON OUI Si oui, précisez :
 Raison :

F12 Un employeur vous a-t-il déjà reproché quelque chose en lien avec votre travail (par exemple et sans s'y limiter : rendement insatisfaisant, absences répétées, insubordination, problèmes interpersonnels avec des collègues, utilisation excessive de congés de maladie, malhonnêteté ou que vous arriviez en retard trop souvent)?
 NON OUI Si oui, précisez lesquels et les raisons :
 Nom de l'employeur :
 Emploi exercé :
 Raison :

F13 Avez-vous déjà soumis votre candidature pour occuper un poste de policier dans un autre service de police ou service de protection publique au Canada?
 NON OUI Si oui, précisez et inscrivez toutes les demandes soumises :

Nom du service de police	Étape actuelle du processus (s'il y a lieu)	Résultat		
		Embauché	Refusé	En cours
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F14 Avez-vous déjà entrepris ou complété un stage de sensibilisation ou de formation dans un service de police?
 NON OUI Si oui, précisez :
 Nom du service de police :
 Nom du superviseur :
 Date (aaaa-mm-jj) : | | | | - | - | | Durée : | | | |

G. RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

G1 Si vous êtes né au Canada, précisez :
 La province :
 La ville :

G2 Si vous êtes né hors du Canada, précisez :
 Le pays d'origine :
 La date d'entrée au pays (aaaa-mm-jj) : | | | | - | - | |
 La date à laquelle vous avez obtenu la citoyenneté canadienne (aaaa-mm-jj) : | | | | - | - | |

G3 Si vous êtes né hors du Canada et avez acquis la citoyenneté canadienne, fournir les informations concernant la ou les personnes qui vous ont parrainé.				
Nom :		Prénom :		
Adresse (n°, rue, appartement) :		Ville :		Code Postal :
Téléphone (résidence) ()		Téléphone (travail) ()		Lien avec cette personne
G4 Depuis les cinq dernières années, avez-vous effectué des voyages à l'extérieur du Canada? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui, précisez le pays, la ville et les dates correspondantes.				
Pays et Ville		Raison du voyage		Date (aaaa-mm-jj)
G5 Identifier vos loisirs préférés par ordre d'importance.				
1.		2.		
3.		4.		
G6 Avez-vous fait partie d'une organisation quelconque?				
Organisation	Non	Oui	Nom de l'organisation	Rôle*
Sportive (dont sport extrême)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Culturelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Groupe terroriste, bande ou groupe militant, incluant des bandes de motards ou gangs de rue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Groupe activiste politique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
*Utiliser les termes suivants :				
Rôle	Définition			
Passif :	Membre qui participe rarement aux activités.			
Actif :	Membre qui participe régulièrement aux activités.			
Dirigeant	Membre qui participe à la prise de décision et à l'organisation des activités			
G7 Avez-vous déjà :				
• Fait usage de violence verbale		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :				
• Fait usage de violence physique		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :				
• Été victime de violence verbale		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :				
• Été victime de violence physique		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :				

G8 Avez-vous déjà participé ou participez-vous aux jeux de hasards suivants?				
	Non	Oui	Passé	Actuel
Parties de cartes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Billets de loteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence active dans un casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence active dans une piste de courses de chevaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence active dans une maison de pari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence active dans une maison de jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux en ligne (poker ou autre) (précisez ci-dessous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassemblement privé afin de jouer à des jeux de hasards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machines électroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s), précisez :				
Si oui, précisez quelle somme d'argent vous consacrez à ces activités annuellement?				
<input type="checkbox"/> 0 à 499\$	<input type="checkbox"/> 500 à 999\$	<input type="checkbox"/> 1 000 à 1 999\$	<input type="checkbox"/> + de 2 000\$	
Vous êtes-vous déjà inscrit sur une liste d'auto-exclusion d'un casino ou autre?			<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
G9 Avez-vous déjà éprouvé des difficultés financières à la suite de votre participation à un ou des jeux de hasard?				
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Si oui, précisez :				
G10 Détenez-vous un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise reliée à l'administration de la justice ou une activité qui exige un permis de la Régie des alcools, des courses et des jeux pour la consommation d'alcool sur place?				
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Si oui, précisez :				
G11 Identifiez les principaux établissements vendant de l'alcool que vous avez fréquenté au cours des trois dernières années, à l'exception des restaurants.				
Nom de l'établissement	Adresse			
	Rue	Ville		
G12 Avez-vous déjà été dans l'impossibilité de remplir vos obligations financières?				
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Si oui, précisez :				
G13 Avez-vous déjà déclaré une faillite personnelle?				
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Si oui, précisez :				
G14 Complétez les informations concernant les institutions financière avec lesquelles vous faites affaires :				
Nom de l'institution	Épargne	Hypothèque	Emprunt	

H. ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Mise en garde

Le fait d'avoir été déclaré coupable en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants* ou d'avoir obtenu un pardon en vertu de la *Loi sur le casier judiciaire* ou du *Code criminel* ou une absolution en vertu du *Code criminel* **ne dispense pas** de nous fournir les détails sur les accusations qui avaient été portées ou retenues contre vous.

H1 Est-ce que vous faites, ou avez fait, l'objet d'actions ou de poursuites civiles?

Non Oui

Si oui, précisez :

H2 Est-ce que vous-même ou un membre de votre famille immédiate avez fait ou faites l'objet d'un jugement à la suite d'une action ou d'une poursuite civile?

Non Oui

Si oui, précisez :

H3 Avez-vous déjà commis des infractions informatiques ou tenté d'en commettre à l'endroit de systèmes informatiques, commerciaux ou personnels?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H4 Connaissez-vous personnellement un membre de bandes criminelles, groupes terroristes, gang de rue, groupes de motards ou personnes associées à celles-ci?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H5 A-t-on déjà saisi ou suspendu votre permis de conduire?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H6 Avez-vous déjà reçu un constat en vertu d'une loi provinciale (exemple : la Faune, règlement municipal, etc.)?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H7 Avez-vous déjà reçu un constat en vertu du code de sécurité routière (CSR)?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H8 Avez-vous un dossier actuellement en suspens ou en traitement devant la Cour pour une ou des infractions commises avec une automobile ou des contraventions non payées, incluant des billets de stationnement?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H9 Avez-vous déjà été interrogé ou avez-vous déjà fait l'objet d'une enquête par un organisme d'application de la loi en tant que plaignant, victime, témoin ou suspect (y compris la garde préventive)?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
À quel titre :	
Si oui, précisez :	
H10 Avez-vous déjà fait l'objet d'une ordonnance judiciaire (mandat de perquisition, ordonnance de bonne conduite, ordonnance de ne pas faire ou ordonnance de protection)?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H11 Avez-vous déjà été accusé ou condamné en relation avec une infraction criminelle?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H12 Avez-vous déjà commis une infraction criminelle pour laquelle vous auriez pu être arrêté?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H13 Avez-vous déjà été policier ou l'êtes-vous présentement?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H14 Depuis que vous êtes policier, avez-vous déjà commis une infraction criminelle pour laquelle vous auriez pu être arrêté?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H15 Depuis que vous êtes policier, avez-vous déjà utilisé le CRPQ à des fins personnelles?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H16 Depuis que vous êtes policier, avez-vous déjà été témoin d'une infraction criminelle commise par un autre policier?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H17 Avez-vous déjà visité, à titre personnel, une ou des personnes incarcérées au Canada ou dans un autre pays?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
Nom de la personne visitée :	
Nom de l'institution de détention :	
Lien avec la personne détenue :	
Date (aaaa-mm-jj) :	- -

Initiales

H18 Avez-vous déjà fourni un cautionnement?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, précisez :
Nom de la personne détenue :	
Démarches complétées :	
Lien avec la personne détenue :	
Date (aaaa-mm-jj) :	- -
H19 Avez-vous déjà rendu un témoignage en faveur d'une personne accusée d'un acte criminel?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, précisez :
Nom de la personne accusée :	
Nature de l'acte criminel :	
Endroit :	
Lien avec la personne accusée :	
Date (aaaa-mm-jj) :	- -
H20 Avez-vous déjà commis un acte sexuel illégal?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H21 Avez-vous déjà eu recours à la force ou un type de menace pour avoir des relations sexuelles?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H22 Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec une personne contre sa volonté ou sans son consentement, y compris une personne incapable de donner sa permission en raison de son état pathologique, psychologique ou de consommation de drogue ou d'alcool? Cette question s'applique également lorsqu'il y a une position d'autorité de votre part et que l'autre personne est âgée de moins de 18 ans.	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H23 Avez-vous déjà incité une personne à consommer ou lui donner de la drogue à son insu afin d'avoir des relations sexuelles avec elle?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H24 Avez-vous déjà sollicité les services de prostitué(e)s ou payé pour obtenir des services sexuels?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H25 Avez-vous déjà possédé ou possédez-vous du matériel pornographique juvénile?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H26 Avez-vous déjà pratiqué du tourisme sexuel?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H27 Avez-vous déjà utilisé un site de clavardage ou autre média dans le but de tromper la confiance d'un mineur afin de la convaincre d'avoir des relations sexuelles?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H28 Avez-vous déjà commis une infraction aux règlements sur la chasse et la pêche?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	
H29 Avez-vous déjà obtenu, vendu ou donné illégalement des logiciels?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, précisez :	

H30 Avez-vous déjà commis un vol?
 Non Oui

Si oui, précisez :
 Étalage
 Employeur présent
 Employeur passé
 Oubli de payer
 Restaurant/Bar
 Fraude
 Autre

H31 Avez-vous déjà échangé des étiquettes de prix sur un article afin de la payer moins cher?
 Non Oui

Si oui, précisez :

H32 Avez-vous déjà dit ou fait consciemment de la discrimination à l'égard d'une personne?
 Non Oui

Si oui, précisez :

I. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

I1 Consommez-vous des boissons alcoolisées? Dans la négative, veuillez passer à la question I6.
 Non Oui

Si oui, précisez votre consommation :

I2 Quelle quantité consommez-vous, en moyenne par semaine?

Type d'alcool	Fréquence	Quantité	Circonstances

I3 Avez-vous été en état d'ébriété au cours de la dernière année? Nombre de fois :

Type d'alcool	Quantité	Circonstances

I4 Avez-vous déjà éprouvé ou avez-vous des problèmes liés à la consommation de boissons alcoolisé?
 Non Oui

Si oui, précisez :

I5 Quels comportements adoptez-vous lorsque vous buvez de l'alcool?

I6 Avez-vous déjà conduit un véhicule (automobile, moto, embarcation nautique, etc.) tout en sachant que vous aviez consommé de la drogue ou trop d'alcool?

Type d'alcool ou drogue	Quantité	Circonstances

I7 Avez-vous déjà conduit après avoir consommé sous les règles d'un permis de conduire tolérance zéro?

Type d'alcool ou drogue	Quantité	Circonstances

Initiales

18 Avez-vous déjà :				
Acheté des drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Vendu des drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Transporté des drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Conservé ou entreposé des drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Cultivé, produit ou cueilli des drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Donné des drogues illégales?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Déjà été en contact avec un consommateur de drogues?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Participé à un Rave, un Bal en Blanc ou autre événement s'y apparentant?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Participé ou assisté à un combat extrême, un combat de boxe ou autre événement s'y apparentant?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Vendu des médicaments?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Utilisé des médicaments, avec ou sans ordonnance, à des fins récréatives	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Circonstances				
Assisté à une fête ou êtes allé à un endroit où l'on consommait des drogues illégales	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Circonstances				
19 Avez-vous déjà consommé un ou des stupéfiants suivants?				
	Non	Oui	Si oui, précisez la fréquence de votre consommation :	
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Stéroïdes/anabolisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Haschich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
P.C.P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Champignons magiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
L.S.D. / Acide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				
Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)	
Circonstances :				

Initiales

Crystal Meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)		
Circonstances :					
Ectasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)		
Circonstances :					
Droque de synthèse (speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)		
Circonstances :					
Droque du viol/GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)		
Circonstances :					
Inhalants (peinture, colle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Début : (aaaa-mm-jj)	Durée : (aaaa-mm-jj)		Fin : (aaaa-mm-jj)		
Circonstances :					
110 Quels comportements adoptez-vous lorsque vous prenez de la drogue?					
111 Avez-vous déjà consommé un ou des psychotropes suivants?					
		Non	Oui	Si oui, précisez la fréquence de votre consommation :	
Barbituriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Tranquillisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Anti-dépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Autres (identifier) :			Fois par semaine <input type="checkbox"/>	Par mois <input type="checkbox"/>	Par année <input type="checkbox"/>
Si vous avez consommé un ou des psychotropes, précisez la date approximative de votre dernière consommation (aaaa-mm-jj)? 					
Expliquez dans quelles circonstances :					
112 Est-ce que la consommation d'un psychotrope se faisait dans le cadre d'un traitement prescrit par un professionnel de la santé?					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, fournir les informations concernant le professionnel de la santé traitant :			
Nom			Prénom		
Adresse civique (n°, rue, app.)					
Ville		Province		Téléphone ()	
113 Avez-vous déjà été traité pour dépendance :					
		Non		Oui	
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues illicites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) identifiez :					
Expliquez dans quelles circonstances :					

Si oui, fournir les informations concernant le ou les professionnel(s) de la santé traitants(s) :			
Nom		Prénom	
Adresse civique (n°, rue, app.)			
Ville		Province	Téléphone ()
114 Avez-vous déjà souffert de :			
	Non	Oui	Si oui, indiquer la période correspondante :
			(aaaa-mm) (aaaa-mm)
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du : Au :
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du : Au :
Troubles de panique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du : Au :
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du : Au :
Phobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du : Au :
Autre maladie ou trouble mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Du : Au :
Expliquer dans quelles circonstances :			
115 Avez-vous déjà consulté un ou des professionnels de santé mentale suivants :			
	Non	Oui	
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on déjà conseillé une thérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre(s) précisez :			
116 Avez-vous déjà été hospitalisé pour maladie, troubles physiques ou psychologiques?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, précisez les raisons et périodes correspondantes:	
Raisons :			
Établissement :			
Date (aaaa-mm-jj) :			
117 Avez-vous des :			
Cicatrices?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Description :			
Endroit :			
Tatouage?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Description :			
Endroit :			
Perçages corporels?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Description :			
Endroit :			
118 Parmi les tâches effectuées par un agent de police, y en a-t-il que vous pourriez trouver difficiles à remplir sur le plan physique, psychologique ou pour des raisons morales ou personnelles?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Raisons :			
119 Fournir les informations concernant le médecin généraliste que vous consultez habituellement :			
Nom		Prénom	
Adresse civique (n°, rue, appartement)			
Ville		Province	Téléphone ()



DÉCLARATION

Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -
-----	--------	--

J'atteste que les renseignements fournis dans le « **QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE** » du Service de police de la Ville de Saint-Jérôme sont complets et conformes à la vérité.

Je comprends que la malhonnêteté, la dissimulation ou la manipulation de renseignements liées aux questions contenues dans le « **QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE** » peuvent entraîner le rejet de ma candidature ou mon renvoi le cas échéant.

J'autorise le Service de police de la Ville de Saint-Jérôme à vérifier l'exactitude des renseignements fournis et à faire toutes les vérifications supplémentaires afin de procéder à une habilitation sécuritaire. J'autorise également le Service de police de la Ville de Saint-Jérôme à communiquer le résultat de ces vérifications à tout autre Service de police ou son mandataire le demandant.

Ce consentement est valable à compter de la signature de la présente.

Signature

| | | | -| | -| | |
Année Mois Jour

Signature du candidat après révision des formulaires en présence
du représentant du Service de police de la Ville de Saint-Jérôme.

| | | | -| | -| | |
Année Mois Jour

Signature du représentant du Service de police de la Ville de Saint-Jérôme.

| | | | -| | -| | |
Année Mois Jour

Signature du représentant	Lettre moulée
---------------------------	---------------

Matricule

Initiales



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR L'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE PRÉ-EMBAUCHE

Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj) -
-----	--------	---

Par la présente, j'autorise le Service de police de la Ville de Saint-Jérôme à vérifier les informations et renseignements que j'ai fournis dans le formulaire « **QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE** » dans le cadre de l'enquête administrative effectuée suite à ma candidature.

De plus, j'autorise toute personne à communiquer au SPVSJ tous les renseignements ou opinions personnels me concernant, incluant ceux que le SPVSJ ou le Service des ressources humaines jugera utile pour compléter une enquête administrative dans le cadre du processus d'embauche.

J'accepte que ces renseignements portent sur les points suivants :

- Dossiers scolaires et relevés de notes, y compris ceux de l'École nationale de police du Québec ou toute autre école de police;
- Dossiers d'emploi;
- Dossiers relatifs aux états de service dans l'armée ou dans la police, y compris les plaintes, requêtes disciplinaires et les résultats;
- Renseignements d'ordre médical;
- Renseignements d'ordre financier, y compris une vérification auprès d'un bureau de crédit, de Revenu Canada et de Revenu Québec;
- Vérification du dossier de conduite automobile;
- Vérification du dossier judiciaire;
- Vérification des attestations de moralité et des références professionnelles;
- Tout renseignement disponible auprès d'un organisme gouvernemental et jugé nécessaire;
- Tout autre renseignement jugé pertinent.

Je renonce à tout recours judiciaire contre toute personne ou institution qui fournit des informations ou opinions en rapport avec cette autorisation.

Signature	Date (aaaa-mm-jj) -
Signature du candidat après révision des formulaires en présence du représentant du SPVSJ	Date (aaaa-mm-jj) -
Signature du représentant du SPVSJ	Date (aaaa-mm-jj) -

Signature du représentant	Lettre moulée
---------------------------	---------------

Matricule



FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR DÉPISTAGE DE DROGUES ET STUPÉFIANTS

Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
		- -

Par la présente, j'autorise le Service de police de la Ville de Saint-Jérôme et ce, à tout moment au cours du processus d'embauche, à me convoquer pour être soumis à des tests de dépistage de drogues ou stupéfiants et je consens à fournir les échantillons que ses représentants jugeront nécessaires.

Je comprends qu'un refus de ma part à me soumettre auxdits tests ou de fournir les échantillons nécessaires lorsque requis pourrait entraîner le rejet de ma candidature.

Je comprends également que si le résultat du ou des tests s'avérait positif, ma candidature serait automatiquement rejetée.

Signature	Date (aaaa-mm-jj)
	- -
Signature du candidat après révision des formulaires en présence du représentant du SPVSJ	Date (aaaa-mm-jj)
	- -
Signature du représentant du SPVSJ	Date (aaaa-mm-jj)
	- -

Signature du représentant	Lettre moulée

Matricule



FORMULAIRE D'AUTORISATION - POLYGRAPHE

Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj) - -
-----	--------	---

Par la présente, j'autorise le Service de police de la Ville de Saint-Jérôme et ce, à tout moment au cours du processus d'embauche, à me convoquer pour être soumis au test du polygraphe et je consens à ce que ses représentants transmettent les informations qu'ils jugeront nécessaires au Service de police de la Ville de Saint-Jérôme ou à ses représentants.

Je comprends qu'un refus de ma part à me soumettre aux dits tests requis pourrait entraîner le rejet de ma candidature.

Signature	Date (aaaa-mm-jj) - -
Signature du candidat après révision des formulaires en présence du représentant du SPVSJ	Date (aaaa-mm-jj) - -
Signature du représentant du SPVSJ	Date (aaaa-mm-jj) - -

Signature du représentant	Lettre moulée	Matricule
---------------------------	---------------	-----------



ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Nom	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
		- -

Par la présente, je m'engage à ne pas transmettre, communiquer ou publier de renseignements, informations ou documents relatifs au processus d'embauche du Service de police de Saint-Jérôme (SPVSJ).

Je comprends que cette entente s'applique non seulement pendant, mais aussi après ce processus.

Je comprends que le fait de contrevenir à cette entente peut entraîner le rejet de ma candidature ou qu'une enquête disciplinaire soit déclenchée à mon égard.

Signature	Date (aaaa-mm-jj)
	- -