



Foyer St-Joseph

Fondé en 1896

Montée du Château 21-23

3960 Sierre

Tel (027) 455 5 455

Dossier
de
Candidature

Nous vous souhaitons la bienvenue au Foyer St-Joseph, qui est une des plus vieilles institutions EMS du Valais et aussi parmi les plus grandes.

Notre philosophie est basée sur **la qualité, l'équité, la communication et la performance** dans nos activités.

Nous attendons de votre collaboration, une adhésion complète à notre engagement de tous les jours.

Il ne vous reste plus qu'à **compléter tous les points** de ce questionnaire. Si certaines questions vous paraissent hors propos, nous nous ferons un plaisir de vous assister, de même pour les questions sans réponses veuillez indiquer "---" de manière à confirmer "Neant".

Veuillez écrire lisiblement !

Date du Jour : _____
Jour / Mois / Année

Personnel

Nom	Prenom
Nom de Jeune Fille	E-mail (Courriel) _____ @ _____
Adresse actuelle	Code Postal _____ Lieu _____
Telephone Prive	Adresse valable depuis le _____

Personne de contact en cas de déménagement	Adresse permanente de la personne de contact
Telephone Prive	Lieu _____ Code Postal _____
Telephone Prof.	

Date de naissance : _____ Jour / Mois / Année	Etat Civil : _____
Date de naissance de(s) l'enfant(s) : _____ / _____ / _____ Jour / Mois / Année Jour / Mois / Année Jour / Mois / Année	
Nbr enfant ayant droit aux Allocations Familiales :	

Origine	Nationalité
Permis de travail	Permis de Conduire
Langues	L. Maternelle Bon Notions
1 _____	
2 _____	
3 _____	
Marquez d'une X, ce qui convient.	

Avez-vous des indisponibilites physiques qui pourraient affecter votre performance au travail?

☐ Oui*
☐ Non

Marquez d'une X, ce qui convient.

*Si oui, pourquoi ?

Avez-vous des dependances qui pourraient affecter votre performance au travail?

☐ Oui*
☐ Non

Marquez d'une X, ce qui convient.

*Si oui, pourquoi ?

Description

TRAVAIL

DESIRE

1

2

3

Salaire Minimum Attendu

p/mois

p/heure

Education				
	Nbr An	Date Promotion	Diplome	Theme
Ecole Primaire				
Ecole Secondaire				
Ecole de Commerce				
Apprentissage				
College				
Ecole Sup Prof				
Universite				
Autre				

Decrivez votre motivation pour travailler au Foyer St-Joseph

Donnez une ou plusieurs raisons qui me permettraient de choisir votre candidature au lieu d'une autre

Libre des le

Experience

Travail Actuel

Entreprise	Lieu	Genre de Travail
Superviseur direct	Chef d'entreprise	
Pouvons-nous prendre des references?	N° de telephone	
Depuis _____ Jour / Mois / Annee	Jusqu'au _____ Jour / Mois / Annee	
Description de votre mission		
Qu'est qui vous pla t le plus dans ce travail ?		
Qu'est qui vous depla t le plus dans ce travail ?		
Raisons de votre depart		

Dernier Emploi

Entreprise	Lieu	Genre de Travail
Superviseur direct	Chef d'entreprise	
Pouvons-nous prendre des references?	N° de telephone	
Depuis _____ Jour / Mois / Annee	Jusqu'au _____ Jour / Mois / Annee	
Description de votre mission		
Qu'est qui vous pla t le plus dans ce travail ?		
Qu'est qui vous depla t le plus dans ce travail ?		
Raisons de votre depart		

Declaration

Le / La soussigne(e) certifie qu'il / elle est assure(e) pour les frais medicaux et pharmaceutiques en cas de maladie aupres de la compagnie d'assurance suivante :

Nom :

Lieu :

Numero Carte d'Assure : _____

Par cette declaration, il / elle libere son employeur de toutes ses responsabilites en cas de maladie, selon l'art. 328a CO.

Etes-vous vaccine pour l'hepatite B ? 0 = Oui 0 = Non

Date du dernier vaccin : _____

Date derniere serologie (Controle du taux d'anticorps) : _____

Je soussignee certifie l'authenticite des reponses apportees volontairement au plus pres de ma conscience, et considere celles-ci comme etant la verite, correctes et completes.

X _____

A joindre : Carte AVS ou Carte de la Caisse Maladie

Carte Bancaire ou reference IBAN de votre compte

Certificat d'aptitude au travail, signe par votre medecin traitant

Ne pas ecrire ci-apres !		Ne pas ecrire ci-apres !		Ne pas ecrire ci-apres !		Ne pas ecrire ci-apres !	
N°AVS :				Job			
Derniere LPP				Centre de profit			
Date d'entree				Salaire			
Sexe : 0 = Female 0 = Male				Banque		Ville References	
Deduction LPP				Taux d'Activite			
Tampon 23 AVS 0 = OK 0 = a faire				P/Chef de departement			
				<input type="checkbox"/> Casier _____ <input type="checkbox"/> Habit - Blouse <input type="checkbox"/> Accueil dans le service <input type="checkbox"/> Evaluation a 1 mois donnee a _____			
Remis au collaborateur :							
<input type="checkbox"/> Cahier des charges <input type="checkbox"/> Reglement de maison <input type="checkbox"/> Charte <input type="checkbox"/> Document d'appréciation & guide <input type="checkbox"/> Explication du Logo <input type="checkbox"/> Flasch Info				Le Collaborateur a remis : <input type="checkbox"/> Certificat medical d'aptitude au travail Date : _____ Signature Responsable du Departement			