



Foyer St-Joseph

Fonde en 1896

Montee du Chateau 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 basee sur **la qualite, 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	Prénom		
Nom de Jeune Fille	E-mail (Courriel) @		
Adresse actuelle	Code Postal	Lieu	
Telephone Privé	Adresse valable depuis le		
Personne de contact en cas de déménagement		Adresse permanente de la personne de contact	
Telephone Privé	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 _____

Salaire Minimum Attendu

2 _____

p/mois _____

3 _____

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 / Année	Jusqu'au _____ Jour / Mois / Année	
<p>Description de votre mission</p> <hr/> <hr/>		
<p>Qu'est qui vous plaît le plus dans ce travail ?</p>		
<p>Qu'est qui vous déplaît le plus dans ce travail ?</p>		
<p>Raisons de votre départ</p>		

Dernier Emploi

Entreprise	Lieu	Genre de Travail
Superviseur direct	Chef d'entreprise	
Pouvons-nous prendre des references?	N° de telephone	
Depuis _____ Jour / Mois / Année	Jusqu'au _____ Jour / Mois / Année	
<p>Description de votre mission</p> <hr/> <hr/>		
<p>Qu'est qui vous plaît le plus dans ce travail ?</p>		
<p>Qu'est qui vous déplaît le plus dans ce travail ?</p>		
<p>Raisons de votre départ</p>		

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 :

- Cahier des charges
- Reglement de maison
- Charte
- Document d'appréciation & guide
- Explication du Logo
- Flasch Info

Le Collaborateur a remis :
 Certificat medical d'aptitude au travail

Date : _____

Signature Responsable du Departement