

**Consignes et avis****AVIS IMPORTANT**

Pour vous qualifier à titre de fournisseur de services auprès du SPVM ou de la Ville de Montréal, vous et votre entreprise (si fournisseur externe) devez faire l'objet d'une enquête afin de vérifier si vous répondez aux critères de sécurité et d'intégrité établis.

SI DES INFORMATIONS SONT MANQUANTES, DES CHAMPS SONT INCOMPLETS,  
ILLISIBLES OU QUE LE FORMAT LÉGAL 8 ½ X 14 (LÉGAL) N'EST PAS RESPECTÉ

**LES DOCUMENTS VOUS SERONT RETOURNÉS ET L'ENQUÊTE SERA SUSPENDUE.**

Dans le présent formulaire, l'usage du masculin n'est utilisé que pour alléger le texte.

**INSTRUCTIONS GÉNÉRALES**

- **LA PAGE 1 DU FORMULAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'UNITÉ DU SPVM OU DE LA VILLE DE MONTRÉAL**  
Remplir **vous-même** adéquatement tous les formulaires et questionnaires nécessaires (pages 2 à 6). **VOTRE SIGNATURE EST OBLIGATOIRE SUR CHACUNE DES PAGES.**
- Compléter les champs et répondre à toutes les questions de façon précise, complète et honnête.
- Remplir chacun des champs et répondre à toutes les questions. Si aucune information ne s'applique dans un champ : faites un trait horizontal.
- Écrire en lettres détachées et **lisiblement**.
- Fournir les documents suivants, ainsi que tout document et / ou information(s) jugé(s) pertinent(s) :
  - Une copie de votre passeport ou de votre certificat de naissance.
  - Si vous n'êtes pas né au Canada, joindre une photocopie d'un document officiel démontrant votre statut d'immigrant (inclure une photocopie de l'endos du document).
  - Une photocopie couleur lisible de votre permis de conduire (mode image, 100%). Si le permis de conduire n'est pas disponible, inclure une photocopie d'une autre pièce d'identité avec photo.
  - Si vous n'êtes pas résident du Canada, joindre un certificat de bonne conduite ou d'absence d'antécédents criminels, émis par les autorités de votre lieu de résidence dans les derniers 12 mois.
- Être disponible pour des entretiens téléphoniques avec un enquêteur.
- Si l'information est écrite à l'informatique, s'assurer qu'elle ne dépasse pas l'espace alloué du champ et qu'elle soit complète et lisible lors de l'impression du document (ex : adresse courriel).

**PAGES 3 ET 4****FAMILLE ET BELLE-FAMILLE**

**Les catégories de personnes répondant à ce critère sont :**

- Toutes les personnes demeurant à VOTRE adresse, incluant conjoint ou ami de cœur (personne avec qui vous avez une relation amoureuse), colocataire(s), enfants (les vôtres, ceux de votre conjoint ou ami de cœur), autres.
- Vos enfants, leur conjoint (ou ami de cœur) ainsi que toute personne demeurant avec eux.
- Tous vos frères et sœurs, demi-frères et demi-sœurs, leur conjoint ou ami de cœur respectif ainsi que toute personne demeurant avec eux.
- Vos parents, leur conjoint ou ami de cœur respectif ainsi que toute personne demeurant avec eux.
- Votre ami de cœur, s'il ne demeure pas avec vous.
- La famille de votre conjoint ou ami de cœur incluant leur conjoint ou ami de cœur respectif ainsi que toute personne demeurant avec eux.
- Le père ou la mère de vos enfants (si différent de votre conjoint ou ami de cœur).
- Votre dernier ex-conjoint ou ami de cœur.

**Adresses :** Vous assurer d'inscrire les adresses complètes, incluant le **code postal**.

**Enfant :** Indiquer seulement les enfants de 12 ans et plus.

**Personne décédée:** vous devez mentionner cette information et utiliser le champ « adresse » pour inscrire ce statut ainsi que la date du décès. Vous devez aussi indiquer sa date de naissance dans le champ approprié ainsi que le nom du conjoint ou ami de cœur des cinq (5) dernières années de la personne décédée.

**Les personnes vivant à l'étranger doivent également être mentionnées.**

**ANCIENNES ADRESSES**

Veillez inscrire vos adresses des cinq (5) dernières années, de même que celle de votre ou de vos résidences secondaires ou autres propriétés, si vous ou votre conjoint ou ami de cœur en avez.

**PAGE 5****FRÉQUENTATIONS / AMIS (Inscrire le nom de 4 personnes)**

- Personne que vous considérez être un ami, avec qui vous entretenez une relation amicale et qui vous connaît bien à un niveau personnel, depuis au moins 5 ans

**Nous accepterons exceptionnellement les collègues de travail, pourvu qu'ils répondent aux critères mentionnés ci-dessus.**

TYPE D'ENQUÊTE	
<input type="checkbox"/> ENTREPRISE (dirigeant ou actionnaires)	<input type="checkbox"/> EMPLOYÉ D'ENTREPRISE
<input type="checkbox"/> ENTREPRISE (dirigeant ou actionnaires qui participera au mandat)	<input type="checkbox"/> EMPLOYÉ VILLE DE MONTRÉAL

**PAGE À COMPLÉTER PAR L'UNITÉ QUI FAIT LA DEMANDE**

**AVANT DE COMPLÉTER, VEUILLEZ CONSULTER LE « GUIDE DEMANDEUR F. 155-08 », AU BESOIN, LE DEMANDER VIA : SSPO Contrôleur Accréditation (BOÎTE OUTLOOK)**

**PERSONNE À ENQUÊTER**

Le président, vice-président, membre du conseil d'administration, actionnaire majoritaire, associé, tout autre dirigeant ou employé du sous-traitant faisant affaires avec le fournisseur de services soumissionnaire\* auprès du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) ou de la Ville de Montréal doit faire l'objet d'une enquête de sécurité.

NOM / PRÉNOM		
FONCTION		
DATE PRÉVUE DE DÉBUT DU MANDAT (aaaa-mm-jj)	DATE PRÉVUE DE FIN DU MANDAT (aaaa-mm-jj)	DATE BUTOIR RÉPONSE D'ACCRÉDITATION (aaaa-mm-jj)
RAISON SOCIALE DU FOURNISSEUR* (SI LA PERSONNE EST OU SERA EMPLOYÉE DE LA VILLE DE MONTRÉAL, INSCRIRE VILLE DE MONTREAL)		NEQ
ADRESSE DU FOURNISSEUR* (NUMÉRO / RUE / APPARTEMENT / VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL)		TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR*

**ACTIVITÉS QUI SERONT EFFECTUÉES PAR LA PERSONNE QUI FAIT L'OBJET DE L'ENQUÊTE**

NUMÉRO D'APPEL D'OFFRE	DÉTAILS DE L'APPEL D'OFFRE
PRÉCISEZ TÂCHES / SERVICES	

**LIEUX AU SPVM OÙ SERONT EFFECTUÉES LES ACTIVITÉS DE LA PERSONNE QUI FAIT L'OBJET DE L'ENQUÊTE**

<input type="checkbox"/> PDQ (LESQUELS) _____	<input type="checkbox"/> AUTRES (LESQUELS) _____
<input type="checkbox"/> QUARTIER GÉNÉRAL (ÉTAGE) _____	
PRÉCISIONS	

**DOCUMENTS DEVANT ÊTRE JOINTS À LA PRÉSENTE DEMANDE**

<input checked="" type="checkbox"/> LES PAGES 1 à 7 DU FORMULAIRE F. 155-08 EN FORMAT LÉGAL 8½ x 14 (SIGNATURE OBLIGATOIRE SUR CHACUNE DES PAGES).
<input checked="" type="checkbox"/> UNE COPIE DE SON PASSEPORT OU CERTIFICAT DE NAISSANCE.
<input checked="" type="checkbox"/> SI PERSONNE À ENQUÊTER N'EST PAS NÉE AU CANADA, JOINDRE UNE PHOTOCOPIE D'UN DOCUMENT OFFICIEL DÉMONSTRANT SON STATUT D'IMMIGRANT (INCLURE UNE PHOTOCOPIE DE L'ENDOS DU DOCUMENT).
<input checked="" type="checkbox"/> PHOTOCOPIE COULEUR LISIBLE DU PERMIS DE CONDUIRE DE LA PERSONNE À ENQUÊTER (MODE IMAGE, 100%). SI LE PERMIS DE CONDUIRE N'EST PAS DISPONIBLE, INCLURE UNE PHOTOCOPIE COULEUR D'UNE AUTRE PIÈCE D'IDENTITÉ AVEC PHOTO.

**ORIGINE DE LA DEMANDE**

UNITÉ EFFECTUANT LA DEMANDE D'ENQUÊTE		
GESTIONNAIRE (SPVM OU VDM) EFFECTUANT LA DEMANDE	SIGNATURE	DATE (aaaa-mm-jj)
AUTORISÉE PAR DEMANDEUR (CADRE DU SPVM)	SIGNATURE	DATE (aaaa-mm-jj)

## AUTORISATION ET CONSENTEMENT

PERSONNE QUI FAIT L'OBJET DE L'ENQUÊTE		
NOM DE FAMILLE (INDIQUER VOTRE NUMÉRO DE MATRICULE SI VOUS ÊTES POLICIER)	PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)		
ADRESSE (NUMÉRO / RUE)	VILLE	CODE POSTAL

ENTREPRISE (FOURNISSEUR DE SERVICES) (SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ OU FUTUR EMPLOYÉ DE LA VILLE DE MONTRÉAL, INSCRIRE VILLE DE MONTRÉAL)	
RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE	
NUMÉRO D'ENREGISTREMENT DE L'ENTREPRISE (NEQ) (REGISTRE DES ENTREPRISES DU QUÉBEC)	
ADRESSE (NUMÉRO / RUE)	
VILLE	CODE POSTAL

Aux fins de l'enquête d'accréditation sécuritaire, je soussigné, consens à ce que le SPVM vérifie mes antécédents criminels, pénaux et autres renseignements policiers me concernant dans tous les dossiers et banques de données qui lui sont accessibles.

Au surplus, en tant que président, vice-président, membre du conseil d'administration, actionnaire majoritaire, associé ou tout autre dirigeant de l'entreprise (fournisseur de services) identifiée plus haut, je suis dûment autorisé à consentir à ce que le SPVM vérifie les antécédents et tout autre renseignement reliés à cette entreprise.

J'autorise également le SPVM à vérifier ou à utiliser les renseignements suivants aux fins d'enquête administrative et à les communiquer, au besoin, à toute personne ou organisme public ou privé ou tout autre corps de police dont l'assistance peut être nécessaire pour les valider ou les compléter. Au même titre, j'autorise toute personne, tout organisme public ou privé ou tout autre corps de police à communiquer au SPVM tout renseignement personnel me concernant ou relié à l'entreprise fournisseur de services identifiée plus haut, qu'ils jugeront utile de transmettre pour compléter mon enquête de sécurité et d'intégrité ainsi que celle de l'entreprise (fournisseur de services) identifiée plus haut. J'accepte que ces renseignements portent notamment sur les sujets suivants :

- dossiers d'emploi chez mon employeur actuel et mes anciens employeurs (formulaire d'évaluation de rendement, compétences et réalisations professionnelles, etc.) y compris tout dossier disciplinaire ou déontologique auprès d'un ordre professionnel ou de tout autre organisme;
- dossiers relatifs aux états de service dans l'armée ou dans la police, y compris les plaintes, requêtes disciplinaires et les résultats;
- mes renseignements d'ordre médical, psychologique ou psychiatrique;
- mes renseignements d'ordre financier, et ceux de l'entreprise (fournisseur de services) identifiée plus haut, y compris toute vérification auprès d'un bureau de crédit, de Revenu Québec, de Revenu Canada ou de la municipalité du lieu de ma résidence principale et secondaire;
- renseignements auprès de l'ASFC (Agence des services frontaliers du Canada) et CIC (Citoyenneté et Immigration Canada);
- la vérification de mon dossier de conduite automobile;
- vérification des attestations de moralité et de références professionnelles;
- tout autre renseignement jugé pertinent aux fins de l'enquête de sécurité et d'intégrité me concernant ou relié à l'entreprise (fournisseur de services) identifiée plus haut.

Par ailleurs, je consens à ce que le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) puisse communiquer tout renseignement me concernant, ou relié à l'entreprise (fournisseur de services) identifiée plus haut, qui lui est demandé par le Bureau de l'inspecteur général de la Ville de Montréal si ce renseignement est nécessaire à l'application de la *Loi concernant l'inspecteur général de la Ville de Montréal*.

Enfin, j'autorise le SPVM à communiquer les renseignements connus à mon sujet au Bureau des enquêtes indépendantes (BEI) dans le cadre de l'enquête administrative dont je fais l'objet. Au même effet, j'autorise le BEI à communiquer au SPVM toute information me concernant, le cas échéant.

Je renonce à tout recours, réclamation ou plainte contre le SPVM et la Ville de Montréal, leurs dirigeants, leurs agents, leurs responsables et employés, ainsi que toute personne ou organisme qui collaborera avec eux en regard de la cueillette ou la communication d'une partie ou de l'ensemble de ces renseignements, cette renonciation valant également quant aux conclusions tirées suite à l'enquête d'accréditation sécuritaire.

Le présent consentement est valide pour une période de trois (3) ans à compter de la date de la signature.

SIGNATURE (MANUSCRITE)

DATE (aaaa-mm-jj)

PERSONNE QUI FAIT L'OBJET DE L'ENQUÊTE							USAGE RÉSERVÉ AU SPVM							
NOM (INDIQUER VOTRE NUMÉRO DE MATRICULE SI VOUS ÊTES POLICIER)				PRÉNOM			A	B	C	D	E	F	G	H
SEXE	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	NUMÉRO DU PERMIS DE CONDUIRE	ADRESSE COURRIEL PERSONNELLE										
ADRESSE ACTUELLE (NUMÉRO / RUE / APPARTEMENT / VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL)				TÉLÉPHONE (maison)	TÉLÉPHONE (cellulaire)	TÉLÉPHONE (travail)								
ÉTAT CIVIL <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT <input type="checkbox"/> MARIÉ <input type="checkbox"/> SÉPARÉ <input type="checkbox"/> DIVORCÉ <input type="checkbox"/> VEUF				COMPAGNIE (INDIQUER LE NOM ET LE NEQ DE VOTRE COMPAGNIE SI VOUS EN AVEZ UNE)										
<b>INFORMATIONS SUR VOTRE FAMILLE ET BELLE-FAMILLE</b>														
<b>VOIR LE DOCUMENT « CONSIGNES ET AVIS » POUR LA DESCRIPTION DES PERSONNES QUI DOIVENT ÊTRE INSCRITES DANS CETTE LISTE.</b>														
NOM	PRÉNOM	ADRESSE (NUMÉRO / RUE / APPARTEMENT / VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL)		SEXE	RELATION	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	D : TÉLÉPHONE DOMICILE T : TÉLÉPHONE TRAVAIL C : TÉLÉPHONE CELLULAIRE							
							D							
							T							
							C							
							D							
							T							
							C							
							D							
							T							
							C							
							D							
							T							
							C							
							D							
							T							
							C							
<b>INDIQUER CI-DESSOUS TOUTES LES ADRESSES OÙ VOUS AVEZ DEMEURÉ DEPUIS LES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES INCLUANT LES RÉSIDENCES SECONDAIRES OU AUTRES PROPRIÉTÉS SITUÉES AU QUÉBEC ET AILLEURS DANS LE MONDE.</b>							SIGNATURE DU VÉRIFICATEUR			DATE (aaaa-mm-jj)				
(DE) ANNÉE / MOIS	(À) ANNÉE / MOIS	ADRESSE (NUMÉRO / RUE / APPARTEMENT / VILLE / PROVINCE / PAYS / CODE POSTAL)				PROP. / LOCATAIRE								
						<input type="checkbox"/> PROP. <input type="checkbox"/> LOC.								
						<input type="checkbox"/> PROP. <input type="checkbox"/> LOC.								
						<input type="checkbox"/> PROP. <input type="checkbox"/> LOC.								
						<input type="checkbox"/> PROP. <input type="checkbox"/> LOC.								
						<input type="checkbox"/> PROP. <input type="checkbox"/> LOC.								
<b>LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DEMEURERONT CONFIDENTIELS ET SERONT VÉRIFIÉS. J'AUTORISE TOUTE PERSONNE À FOURNIR AU SPVM TOUTE INFORMATION JUGÉE UTILE.</b>				SIGNATURE (MANUSCRITE)			DATE (aaaa-mm-jj)							

PERSONNE QUI FAIT L'OBJET DE L'ENQUÊTE						USAGE RÉSERVÉ AU SPVM								
NOM (INDIQUER VOTRE NUMÉRO DE MATRICULE SI VOUS ÊTES POLICIER)				PRÉNOM										
INFORMATIONS SUR VOTRE FAMILLE ET BELLE-FAMILLE														
VOIR LE DOCUMENT « CONSIGNES ET AVIS » POUR LA DESCRIPTION DES PERSONNES QUI DOIVENT ÊTRE INSCRITES DANS CETTE LISTE.														
NOM	PRÉNOM	ADRESSE (NUMÉRO / RUE / APPARTEMENT / VILLE / PROVINCE / CODE POSTAL)	SEXE	RELATION	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	D : TÉLÉPHONE DOMICILE T : TÉLÉPHONE TRAVAIL C : TÉLÉPHONE CELLULAIRE	A	B	C	D	E	F	G	H
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D								
						T								
						C								
						D				</				

# RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

LIEU DE NAISSANCE		
VILLE	PROVINCE	PAYS

STATUT	
<input type="checkbox"/> CITOYENNETÉ CANADIENNE DEPUIS (aaaa-mm-jj)	<input type="checkbox"/> RÉSIDENT PERMANENT DEPUIS (aaaa-mm-jj)
<input type="checkbox"/> AUTRE DEPUIS (aaaa-mm-jj)	EXPLIQUEZ

FRÉQUENTATIONS / AMIS (Inscrire le nom de 4 personnes)			
VOIR LE DOCUMENT « CONSIGNES ET AVIS » POUR LA DESCRIPTION DES PERSONNES QUI DOIVENT ÊTRE INSCRITES DANS CETTE LISTE.			
<b>1</b>	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	ADRESSE COMPLÈTE
	OCCUPATION		TÉLÉPHONE À DOMICILE
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	COURRIEL	LIEN
			DEPUIS QUAND
<b>2</b>	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	ADRESSE COMPLÈTE
	OCCUPATION		TÉLÉPHONE À DOMICILE
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	COURRIEL	LIEN
			DEPUIS QUAND
<b>3</b>	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	ADRESSE COMPLÈTE
	OCCUPATION		TÉLÉPHONE À DOMICILE
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	COURRIEL	LIEN
			DEPUIS QUAND
<b>4</b>	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	ADRESSE COMPLÈTE
	OCCUPATION		TÉLÉPHONE À DOMICILE
	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	COURRIEL	LIEN
			DEPUIS QUAND

ENQUÊTE POLICIÈRE					
AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT L'OBJET D'UNE ENQUÊTE POLICIÈRE OU D'UNE ENQUÊTE PRÉ-EMBAUCHE PAR UN AUTRE CORPS POLICIER?					
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI    DANS L’AFFIRMATIVE, PRÉCISEZ CHAQUE CAS:					
NATURE DE L' ENQUÊTE	ANNÉE	PROVINCE	CORPS POLICIER CONCERNÉ	PAYS	RÉSULTAT

ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES					
AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DÉCLARÉ COUPABLE OU PLAIDÉ COUPABLE SUITE À LA COMMISSION D'UNE INFRACTION CRIMINELLE ?					
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI    DANS L’AFFIRMATIVE, PRÉCISEZ CHAQUE CAS:					
NATURE DE L'INFRACTION	ANNÉE	PROVINCE	DISTRICT JUDICIAIRE	PAYS	SENTENCE

JE DÉCLARE QUE LES RÉPONSES ET LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SUR CE FORMULAIRE SONT EXACTS ET J'AUTORISE TOUTE PERSONNE INTERROGÉE DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE ENQUÊTE À FOURNIR AU SPVM LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À MA CONDUITE, MES VALEURS ÉTHIQUES ET TOUTE AUTRE INFORMATION JUGÉE UTILE.	
SIGNATURE (MANUSCRITE)	DATE (aaaa-mm-jj)

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

VEUILLEZ INDIQUER TOUS LES ENDROITS OU VOUS AVEZ TRAVAILLÉ AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES ET FOURNIR LES DÉTAILS RELATIFS À L'EMPLOYEUR, EN COMMENÇANT PAR VOTRE EMPLOYEUR ACTUEL. VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUR UNE PAGE SUPPLÉMENTAIRE, SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE.

EMPLOYEUR ACTUEL	
NOM DE L'ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
ADRESSE DE L'ENTREPRISE	
FONCTION	DATE DU DÉBUT DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT / FONCTION OCCUPÉE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR

EMPLOYEUR PRÉCÉDENT (A PARTIR DU PLUS RÉCENT)		
NOM DE L'ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE DE L'ENTREPRISE	FONCTION	
RAISON DU DÉPART	DATE DU DÉBUT DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)	DATE DE FIN DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT / FONCTION OCCUPÉE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR	

EMPLOYEUR PRÉCÉDENT		
NOM DE L'ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE DE L'ENTREPRISE	FONCTION	
RAISON DU DÉPART	DATE DU DÉBUT DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)	DATE DE FIN DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT / FONCTION OCCUPÉE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR	

EMPLOYEUR PRÉCÉDENT		
NOM DE L'ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE DE L'ENTREPRISE	FONCTION	
RAISON DU DÉPART	DATE DU DÉBUT DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)	DATE DE FIN DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT / FONCTION OCCUPÉE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR	

EMPLOYEUR PRÉCÉDENT		
NOM DE L'ENTREPRISE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE DE L'ENTREPRISE	FONCTION	
RAISON DU DÉPART	DATE DU DÉBUT DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)	DATE DE FIN DE L'EMPLOI (aaaa-mm-jj)
NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT / FONCTION OCCUPÉE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SUPÉRIEUR	

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE (MANUSCRITE)

\_\_\_\_\_  
DATE (aaaa-mm-jj)