



Sécurité Publique Obedjiwan
Km 164 Rte 17
Opitciwan, QC
G0W 3B0

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

CANDIDAT POLICIER

À REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Nom		Prénom
Adresse (no., rue, app.)		
Ville	Province	Code postal
Adresse électronique _____		
Téléphone résidence	Téléphone travail	Tél. autre : <input type="checkbox"/> cellulaire <input type="checkbox"/> téléavertisseur
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro d'assurance sociale	Numéro de permis de conduire

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

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 Sécurité Publique Obedjiwan 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^o *être citoyen canadien;*

2^o *être de bonnes mœurs;*

3^o *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^o *être diplômé de l'École nationale de police du Québec ou satisfaire aux normes d'équivalence établies par règlement de l'École;*

Les informations recueillies dans le présent questionnaire serviront donc 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 des ressources humaines de Sécurité Publique Obedjiwan 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 (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. Reporter votre nom de famille et votre date de naissance au bas des pages identifiées du formulaire.
8. 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.

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

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

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

A1 Nom		Prénom usuel		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Autre(s) prénom(s)		Nom à la naissance (si différent)		
Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province	Code postal
Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone (cell., téléavert., etc.)		Téléphone autre (cell., téléavert)
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro d'assurance sociale		Numéro de permis de conduire	
A2 Avez-vous déjà rempli un formulaire de renseignements personnels lors d'une demande d'emploi? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
Dans l'affirmative, indiquer le nom de l'employeur : Date (aaaa-mm-jj) :				
A3 Si vous êtes propriétaire d'un véhicule :				
Veuillez indiquer la description de votre véhicule :				
Veuillez indiquer le numéro d'immatriculation :				

B. MILIEU RÉSIDENTIEL

En débutant par votre adresse actuelle, inscrire sur la ligne 1, les adresses où vous êtes demeuré depuis les cinq dernières années. Pour chaque adresse, spécifier 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 (no, rue, app., ville, province et code postal) et le numéro de téléphone du propriétaire

De An mois	À An mois	À titre de Propriétaire?	Adresse (numéro civique, rue, appartement, ville, province, code postal, téléphone)		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		
		Oui <input type="checkbox"/>	1.		
		Non <input type="checkbox"/>	2.		

B2 Si vous êtes locataire, veuillez identifier le propriétaire :

Nom	Prénom	Nom de la compagnie	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Téléphone au travail	Téléphone autre (cell., téléavert., etc.)		

C. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

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

C2 Êtes-vous tenu de payer une pension alimentaire? Non Oui | Montant mensuel :

C3 Indiquer la date du dernier changement à votre situation (aaaa-mm-jj) :

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

AMI(E) DE	C4 Nom		Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Nom à la naissance (si différent)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province	Code postal
	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
	Occupation		Nom et titre de l'employeur		Date d'effet (aaaa-mm-jj)

Réservé au Service de police

EX-AMI(E)	C5 Nom		Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Nom à la naissance (si différent)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province	Code postal
	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
	Occupation		Nom et titre de l'employeur		Date d'effet (aaaa-mm-jj)

Réservé au Service de police

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

- 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** (enfants, père, mère, frère(s), sœur(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, locataire).

C6 Nom Prénom(s) (encercler le prénom usuel) Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Lien de parenté			
Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
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 (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
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 (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
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 (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation		Nom et titre de l'employeur	
Réservé au Service de police			
C10 Nom Prénom(s) (encercler le prénom usuel) Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Lien de parenté			
Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation		Nom et titre de l'employeur	
Réservé au Service de police			
C11 Nom Prénom(s) (encercler le prénom usuel) Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Lien de parenté			
Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation		Nom et titre de l'employeur	
Réservé au Service de police			
C12 Nom Prénom(s) (encercler le prénom usuel) Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Lien de parenté			
Adresse (no, rue, app.)		Ville ou municipalité	Province Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation		Nom et titre de l'employeur	
Réservé au Service de police			

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

C13 Est-ce que vos enfants habitent avec vous ?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, fournir les informations concernant la personne qui en a la garde :	
Nom	Prénom usuel	Téléphone
Adresse (no, rue, app.)		
Ville	Province	Code postal
Occupation		
Réservé au Service de police		

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.** Les personnes référencées 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 (ex:ami,voisin)	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation	Nom de l'employeur		
Réservé au Service de police			
D2 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (ex:ami,voisin)	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation	Nom de l'employeur		
Réservé au Service de police			
D3 Nom	Prénom usuel	Relation avec vous (ex:ami,voisin)	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation	Nom de l'employeur		
Réservé au Service de police			
Aux fins de l'enquête, connaissez-vous un ou des employé(s) (policier ou civil) à Sécurité Publique Obedjiwan)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser leur identité :			
D4 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Relation avec vous (ex:ami, voisin)	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation			
Réservé au Service de police			
D5 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Relation avec vous (ex:ami, voisin)	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation			
Réservé au Service de police			
D6 Nom	Prénom(s) (encercler le prénom usuel)	Relation avec vous (ex:ami, voisin)	
Adresse (no, rue, app.)	Ville ou municipalité	Province	Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone résidence	Téléphone travail	Téléphone autre (cell., téléavert)
Occupation			
Réservé au Service de police			

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

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

F. RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

(veuillez 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	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	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	An Mois	An Mois	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Salaire annuel \$
DE	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					
F4	An Mois	An Mois	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Salaire annuel \$
DE	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					
F5 Est-ce que votre emploi serait compromis si nous communiquions avec votre supérieur actuel?					
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, expliquer pourquoi :			
F6 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				
F7 Avez-vous déjà omis intentionnellement d'inscrire un ou des emplois antérieurs dans une autre offre d'emploi?					
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui				
F8 Avez-vous déjà fait l'objet de mesures administratives, disciplinaires ou, si applicable, déontologiques (suspension, sanction ou rétrogradation, etc) de la part d'un employeur?					
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, précisez lesquelles et les raisons :			
Nom de l'employeur :					
Emploi exercé :					
Circonstances des mesures :					

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

F9 Étes-vous actuellement sous enquête (administrative, disciplinaire, déontologique, civile ou pénale), si applicable ?

Non Oui Si oui, préciser:

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison:

F10 Avez-vous déjà été congédié par un employeur?

Non Oui Si oui, préciser lesquels et les raisons :

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison du congédiement :

F11 Vous a-t-on déjà demandé de démissionner de chez un employeur ?

Non Oui Si oui, préciser lesquels et les raisons :

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison:

F12 Avez-vous déjà démissionné sans préavis ?

Non Oui Si oui, préciser lesquelles et les raisons :

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison:

F13 Avez-vous déjà travaillé sans le déclarer à l'Agence de revenu du Canada?

Non Oui Si oui, préciser :

F14 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)?

Si oui, préciser lesquelles et les raisons :

Non Oui

Nom de l'employeur :

Emploi exercé :

Raison:

F15 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?

Si oui, préciser et inscrire toutes les demandes soumises :

Non Oui

Nom du service de police	Étape actuelle du processus (s'il y a lieu)	Résultat		
		Embauche	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"/>
		<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"/>

Nom de famille

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

F16 Avez-vous déjà entrepris ou complété un stage de sensibilisation ou de formation dans un service de police?

Non Oui Si oui, préciser :

Nom du service de police :

Nom du superviseur :

Date (aaaa-mm-jj) :

Durée :

G. RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

G1 Si vous êtes né au Canada, préciser :

La province :

La ville :

G2 Si vous êtes né hors du Canada, préciser :

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 (no, rue, app.)		Ville	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Lien avec cette personne	

Nom		Prénom	
Adresse (no, rue, app.)		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?

Non Oui

Si oui, précisez le pays, la ville et les dates correspondantes.

Pays et Ville	Raison du voyage	Date (année-mois-jour)

G5 Identifier vos loisirs préférés par ordre d'importance

1-		2-
3-		4-

G6 Êtes-vous membre ou avez-vous déjà été membre d'organisations, de groupes, de clubs ou d'associations, au Canada ou à l'extérieur du Canada, ayant une ou des activités suivantes?

Organisation	Non	Oui	Nom de l'organisation	Rôle
Sportives (+ sport extrême)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artistiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Groupe terroriste, bande ou groupe militant, y compris 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

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

G7 Avez-vous déjà :				
Fait usage de violence verbale ?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Si oui, préciser :				
Participé à une altercation physique, quelle qu'elle soit ?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Si oui, préciser :				
Participé à des actes de violence familiale ?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Si oui, préciser :				
Participé à une bagarre impliquant un policier ?	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Oui
Si oui, préciser :				
G8 Avez-vous déjà participé ou participez-vous aux jeux de hasard suivants ?:	Non	Oui	Passé	Actuel
Parties de carte	<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 à une piste de courses de chevaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence active à une maison de paris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence active à une maison de jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux en ligne (poker ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rassemblement privé pour jouer à un jeu de hasard	<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), préciser :				
Si oui, préciser quelle somme d'argent vous consacrez à ces activités annuellement?	<input type="checkbox"/> 0 à 500\$	<input type="checkbox"/> 500 à 1 000\$	<input type="checkbox"/> 1 000 à 2 000\$	<input type="checkbox"/> + de 2 000\$
Vous êtes vous déjà inscrit sur une liste d'auto-exclusion d'un casino ou autre ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				
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, préciser:				
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, préciser:				
G11 Identifiez les principaux établissements vendant de l'alcool que vous avez fréquentés 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, préciser :				
G13 Avez-vous déjà déclaré une faillite personnelle ?				
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			
Si oui, préciser :				
G14 Complétez les informations suivantes concernant toutes les institutions financières avec lesquelles vous faites affaires :				
Nom de l'institution	Adresse		Téléphone	

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

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 vous 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, préciser :

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, préciser :

H3 Avez-vous déjà commis des infractions informatiques ou tenté d'en commettre à l'endroit de systèmes informatiques, commerciaux ou personnels?

Non Oui

Si oui, préciser :

H4 Connaissez-vous personnellement un membre de bandes criminelles, groupes terroristes, gangs de rue, groupes de motards ou personnes associées à celles-ci ?

Non Oui

Si oui, préciser :

H5 A-t-on déjà saisi ou suspendu votre permis de conduire?

Non Oui

Si oui, préciser :

H6 Avez-vous déjà reçu un constat en vertu d'une loi provinciale (exemple; CSR, règlement municipal)?

Non Oui

Si oui, préciser :

H7 Avez-vous déjà reçu un constat en vertu du code de sécurité routière (CSR) concernant les infractions suivantes; délit de fuite, (art 168) et vitesse ou action susceptible de mettre en péril la vie ou la sécurité des personnes ou la propriété (art. 327)?

Non Oui

Si oui, préciser :

H8 Avez-vous déjà été impliqué dans un accident automobile à titre de conducteur ?

Non Oui

Si oui, préciser :

H9 Avez-vous un dossier actuellement en suspend 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?

Non Oui

Si oui, préciser :

H10 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) ?

Non Oui

À quel titre :

Si oui, préciser :

H11 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)?

Non Oui

Si oui, préciser :

H12 Avez-vous déjà été accusé ou condamné en relation avec une infraction criminelle?

Non Oui

Si oui, préciser :

Nom de famille

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

H12 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, préciser :
Nom de la personne visitée :		
Nom de l'institution de détention :		
Lien avec la personne détenue :		
Date (aaaa-mm-jj) :		
H13 Avez-vous déjà fourni un cautionnement?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, préciser :
Nom de la personne détenue :		
Démarches complétées :		
Lien avec la personne détenue :		
Date (aaaa-mm-jj) :		
H14 Avez-vous déjà rendu témoignage en faveur d'une personne accusée d'un acte criminel?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, préciser :
Nom de la personne accusée :		
Nature de l'acte criminel :		
Endroit :		
Lien avec la personne accusée :		
Date (a-m-j) :		
H15 Avez-vous déjà commis un acte sexuel illégal ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser :		
H16 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, préciser :		
H17 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 ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser :		
H18 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, préciser :		
H19 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, préciser :		
H20 Avez-vous déjà possédé ou possédez-vous du matériel pornographique juvénile ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser :		
H21 Avez-vous déjà pratiqué du tourisme sexuel ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser l'endroit et le pays :		
H22 Avez-vous déjà utilisé un site de clavardage ou autre média dans le but de tromper la confiance d'un mineur afin de le convaincre d'avoir des relations sexuelles ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser :		
H23 Avez-vous déjà commis une infraction aux règlements sur la chasse et la pêche ?		
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, préciser :		

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

H24 Avez-vous déjà obtenu, vendu ou donné illégalement des logiciels ?

Non Oui

Si oui, préciser :

H25 Avez-vous déjà commis un vol à l'étalage ?

Non Oui

Si oui, préciser :

H26 Avez-vous déjà commis un vol autre qu'un vol à l'étalage ?

Non Oui

Si oui, préciser :

H27 Avez-vous déjà échangé des étiquettes de prix sur un article afin de le payer moins cher ?

Non Oui

Si oui, préciser :

H28 Avez-vous déjà dit ou fait consciemment de la discrimination à l'égard d'une personne ?

Non Oui

Si oui, préciser :

I. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**I1 Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Dans la négative, veuillez passer à la question I6.**

Non Oui

Si oui, préciser 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?

Type d'alcool	Quantité	Circonstances

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

Non Oui

Si oui, préciser:

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

Type d'alcool ou drogue	Quantité	Circonstances

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

7 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 évènement 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 un party ou êtes allé à un endroit où l'on consommait des drogues illégales ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
---	------------------------------	------------------------------

Circonstances :

8 Avez-vous déjà consommé un ou des stupéfiants suivants?

Non Oui Si oui, préciser 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"/>									
Durée :	Début :			Fin :														
Nombre d'années																		
(année-mois)																		
Circonstances :																		
Stéroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine	<input type="checkbox"/>	par mois	<input type="checkbox"/>	par année	<input type="checkbox"/>									
Durée :	Début :			Fin :														
Nombre d'années	(année-mois)			(année-mois)														
Circonstances :																		
Anabolisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine	<input type="checkbox"/>	par mois	<input type="checkbox"/>	par année	<input type="checkbox"/>									
Durée:	Début:			Fin:														
Nombre d'années	(année-mois)			(année-mois)														
Circonstances :																		
Haschich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine	<input type="checkbox"/>	par mois	<input type="checkbox"/>	par année	<input type="checkbox"/>									
Durée :	Début :			Fin :														
Nombre d'années	(année-mois)			(année-mois)														
Circonstances :																		
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine	<input type="checkbox"/>	par mois	<input type="checkbox"/>	par année	<input type="checkbox"/>									
Durée :	Début :			Fin :														
Nombre d'années	(année-mois)			(année-mois)														
Circonstances :																		
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine	<input type="checkbox"/>	par mois	<input type="checkbox"/>	par année	<input type="checkbox"/>									
Durée :	Début :			Fin :														
Nombre d'années	(année-mois)			(année-mois)														
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"/>									
Durée:	Début :			Fin :														
Nombre d'années	(année-mois)			(année-mois)														
Circonstances :																		

Nom de famille

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
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"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
Circonstances :						
L.S.D. ou acide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
Circonstances :						
Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
Circonstances :						
Crystal Meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
Circonstances :						
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
Circonstances :						
Drogue du viol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fois	par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
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"/>
Durée :	Début : (année-mois)			Fin : (année-mois)		
Circonstances :						
Autre(s), svp identifier :	fois			par semaine <input type="checkbox"/>	par mois <input type="checkbox"/>	par année <input type="checkbox"/>
[E] Quels comportements adoptez-vous lorsque vous prenez de la drogue?						

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

10 Avez-vous déjà consommé un ou des psychotropes suivants?

	Non	Oui	Si oui, préciser la fréquence: (semaines, mois, années)
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"/>
Autre(s) 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, préciser la date approximative de votre dernière consommation? (aaaa-mm-jj)

Expliquez dans quelles circonstances :

11 Est-ce que la consommation d'un psychotrope se faisait dans le cadre d'un traitement prescrit par un professionnel de la santé?

Non Oui **Si oui, fournir les informations concernant le professionnel de la santé traitant :**

Nom	Prénom	
Adresse civique (no, rue, app.)		
Ville	Province	Téléphone

12 Avez-vous déjà été traité pour dépendance :

	Non	Oui
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stupéfiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues illicites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s), identifier :		

Expliquer dans quelles circonstances :

Si oui, fournir les informations concernant le ou les professionnel(s) de la santé traitant(s) :

Nom	Prénom	
Adresse civique (no, rue, app.)		
Ville	Province	Téléphone

13 Avez-vous déjà souffert de :

Si oui, indiquer la période correspondante :

	Non	Oui	(année-mois)	(année-mois)
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 :

Nom de famille

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

I14 Avez-vous déjà consulté un ou des professionnels de santé mentale suivants?

Non Oui

Psychiatre Psychologue Vous a-t-on déjà conseillé une thérapie

Autre(s) préciser :

Si oui, fournir les informations concernant le ou les professionnel(s) de la santé traitant(s) :

Nom Prénom

Adresse civique (no, rue, app.)

Ville Province Téléphone

Expliquer dans quelles circonstances :

I15 Avez-vous déjà été hospitalisé (pour maladie, troubles physiques ou psychologiques)? Non Oui**Si oui, préciser les raisons et périodes correspondantes :**

Établissement :

Date :

I16 Avez-vous des :**Cicatrices ?** Non Oui

Description :

Endroit :

Tatouage ? Non Oui

Description :

Endroit :

Perçages corporels ? Non Oui

Description :

Endroit(s) :

I17 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 ? Non Oui

Raisons :

I18 Fournir les informations concernant le médecin généraliste que vous consultez habituellement :

Nom Prénom

Adresse civique (no, rue, app.)

Ville Province Téléphone

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

HABILLEMENT ET ÉQUIPEMENT

Chemises	Chandails de laine	T-Shirt
13-13,5	<input type="checkbox"/> 2x-small	<input type="checkbox"/> 2x-small
14-14,5	<input type="checkbox"/> Extra small	<input type="checkbox"/> Extra small
15-15,5	<input type="checkbox"/> Small	<input type="checkbox"/> Small
16-16,5	<input type="checkbox"/> Médium	<input type="checkbox"/> Médium
17-17,5	<input type="checkbox"/> Large	<input type="checkbox"/> Large
18-18,5	<input type="checkbox"/> Extra large	<input type="checkbox"/> Extra large

Bottes 4 saisons		
5	<input type="checkbox"/>	5,5
6	<input type="checkbox"/>	6,5
7	<input type="checkbox"/>	7,5
8	<input type="checkbox"/>	8,5
9	<input type="checkbox"/>	9,5
10	<input type="checkbox"/>	10,5
11	<input type="checkbox"/>	11,5
12	<input type="checkbox"/>	12,5
13	<input type="checkbox"/>	13,5
14	<input type="checkbox"/>	14,5

Homme Femme

Droitier Gaucher

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

DÉCLARATION

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

J'atteste que les renseignements fournis dans le «QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE» de Sécurité Publique Obedjiwan sont complets et conformes à la vérité.

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

J'autorise Sécurité Publique Obedjiwan à vérifier l'exactitude des renseignements fournis et à faire toutes les vérifications supplémentaires aux fins de procéder à une habilitation sécuritaire. J'autorise également Sécurité Publique Obedjiwan 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

Date

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

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

Par la présente j'autorise Sécurité Publique Obedjiwan 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 à la RIPR, tous les renseignements ou opinions personnels me concernant, incluant ceux que la RIPR 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 casier 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
-----------	------



Sécurité Publique Obedjiwan

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR DÉPISTAGE DE DROGUES ET STUPÉFIANTS

Nom	Prénom	Date de naissance
-----	--------	-------------------

Par la présente, j'autorise Sécurité Publique Obedjiwan 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 aux dits 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
-----------	------