

QUESTIONNAIRE DE PRE-EMBAUCHE

ETAT CIVIL

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Nom de naissance : _____

Nationalité : _____

Né(e) le : _____
(JJ/MM/AAAA)

Lieu de naissance : _____ Dépt. : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

N° de Sécurité Sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Tel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : _____

TRAVAILLEURS ETRANGERS

Carte de Séjour : _____

N° d'enregistrement : _____

Fin de validité : _____ (JJ/MM/AAAA)

Carte de Travail : _____

N° d'enregistrement : _____

Fin de validité : _____ (JJ/MM/AAAA)

Emplois Autorisés : _____

TRAVAILLEURS HANDICAPES

Reconnaissance travailleur handicapé :
Si oui, joindre la copie du justificatif

OUI ☐

NON ☐

Catégorie _____

PERMIS DE CONDUIRE (B)

OUI ☐ NON ☐

Délivré le : _____

Par : _____

Numéro : _____

Valide : ☐ Non valide : ☐

Autres catégories : _____

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire ☐

Marié(e) ☐

Concubinage ☐

P.A.C.S ☐

Veuf(ve) ☐

Divorcé(e) ☐

Séparé(e) ☐

- Enfant(s) :

Nom / Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

F : ☐ M : ☐

Nom / Prénom _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

F : ☐ M : ☐

Nom / Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

F : ☐ M : ☐

Nom / Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

F : ☐ M : ☐

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT :

Nom / Prénom : _____

Tel domicile: |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Adresse : _____

Tel travail : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

ETUDES

Date de début*	Date de fin*	Etablissement (nom et adresse)	Formation	Année d'obtention

* MM / AAAA

EMPLOIS PRECEDENTS

Date d'entrée*	Date de sortie*	Employeur (nom, adresse, activité)	Emploi occupé

* JJ / MM / AAAA

A _____ le _____

Signature précédée de la mention « Certifié exact »

Les informations collectées dans ce document sont soumises au droit d'accès et de rectification prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés.

LISTE DES DOCUMENTS NECESSAIRES A L'EMBAUCHE

Pour tous les salariés :

- + Carte d'identité ou livret de Famille (originaux)
- + Diplômes, évaluations de stage (originaux)
- + Copie de vos certificats de Travail
- + Un Relevé d'Identité Bancaire
- + Copie des Certificats de vaccination : il est rappelé que les vaccinations sont obligatoires selon le Code de la Santé (Art L.10) ;
- + Copie de la dernière attestation de visite médicale ou fiche d'aptitude
- + Copie de la carte mutuelle

LES VACCINATIONS	
BCG	- vaccin contre la tuberculose réalisé
Vaccination anti-Diphtérie Tétanos et Polio	- Vaccin à 13 ans, 25 ans, 45 ans et 65 ans
Vaccination anti-Hépatite B	- Non obligatoire pour les administratifs et le personnel de restauration - Obligatoire pour le personnel de soins et les agents de services logistiques soit 2 vaccinations à 1 mois d'intervalle et un rappel à 6 mois soit 3 vaccinations à 1 mois d'intervalle et un rappel à 1 an, avec un dosage d'Anticorps pour les vaccinations postérieures à 25 ans
Vaccination anti-COVID-19	- Passeport vaccinal complet (2 injections administrées)

- + Un extrait de casier judiciaire
(Faire la demande sur <http://www.service-public.fr>)
- + Un CV (si non joint à ce jour)

Pour le personnel médical / paramédical :

- + Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre et RPPS pour le personnel médical
- + Attestation Prévention et Secours Civiques niveau 1 (PSC1)
- + Numéro d'enregistrement (ADELI) pour le personnel paramédical
- + Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre pour le personnel paramédical (Infirmier-MKDE)

N.B. : Nous vous remercions de bien vouloir communiquer au Service des Ressources Humaines l'ensemble des documents à votre disposition par retour de courrier.