



## École sur neige Tremblant Snow School



### APPLICATION

Bonjour à tous,

Merci de votre intérêt à devenir moniteur pour l'École sur Neige Tremblant. Nous sommes présentement à planifier notre saison hiver et devons évaluer nos besoins en moniteurs pour la prochaine saison. Vos documents ainsi que votre offre de service nous aident à identifier nos besoins en recrutement. Vous trouverez donc dans cet envoi les documents à compléter ainsi que plusieurs informations utiles.

#### **A COMPLÉTER ET RETOURNER**

- Formulaire d'informations personnelles
- Formulaire de Consentement
- Formulaire Santé et sécurité au travail
- Formulaire Qualifications professionnelles
- Curriculum Vitae

Merci de compléter et retourner tous les formulaires. Au plaisir de vous rencontrer,

Donald Lacasse  
Directeur – École sur neige Tremblant

Good day to all,

Thank you for your interest in becoming a Tremblant Snow School instructor. We are presently planning the next season and we are currently assessing our needs for instructors. Each instructor's documents and offer of service contribute to help us identify the need for recruitment this season. Included in this mailing; information of interest as well as documents to be completed.

#### **TO COMPLETE AND RETURN**

- Personal information form
- Discharge form
- Health and Security at Work form
- Professional Qualifications form
- Curriculum Vitae (Resumé)

Thank you for completing and returning all forms. We look forward to meeting you all,



**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / PERSONAL INFORMATION**

**IDENTIFICATION**

<b>NOM</b> <i>LAST NAME</i>		<b>PRÉNOM</b> <i>FIRST NAME</i>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b> <i>BIRTH DATE</i>  MM / JJ / AA		<b>NAS</b> <i>SIN</i>	<b># MEMBRE (AMSC, ACMS, ETC.)</b> <b>MEMBER # (CSIA, CASI, ETC.)</b>

**ADRESSE / ADDRESS**

<b>PRIMAIRE</b> <i>PRIMARY</i>	<b>ADRESSE</b> <i>ADDRESS</i>		<b>APP.</b>
	<b>VILLE</b> <i>CITY</i>	<b>PROVINCE</b>	
	<b>CODE POSTAL</b> <i>POSTALOR ZIP CODE</i>	<b>PAYS</b> <i>COUNTRY</i>	

<b>LOCALE (s) (diff.)</b> <i>LOCAL (if diff.)</i>	<b>ADRESSE</b> <i>ADDRESS</i>		<b>APP.</b>
	<b>VILLE</b> <i>CITY</i>	<b>PROVINCE</b>  QC	
	<b>CODE POSTAL</b> <i>POSTALOR ZIP CODE</i>	<b>PAYS</b> <i>COUNTRY</i>  CANADA	

**COMMUNICATION**

<b>TÉL. DOMICILE</b> <i>HOME PHONE</i>	<b>TÉL. MOBILE</b> <i>CELL. PHONE</i>	<b>TÉL. LOCAL</b> <i>PHONE</i>
<b>TÉL. TRAVAIL</b> <i>WORK PHONE</i>	<b>COURRIEL</b> <i>E-MAIL</i>	

**EN CAS D'URGENCE / IN CASE OF EMERGENCY**

<b>NOM</b> <i>NAME</i>	<b>TÉL. PRIMAIRE</b> <i>PRIMARY PHONE</i>	<b>LIEN DE PARENTÉ</b> <i>RELATIONSHIP</i>
	<b>TÉL. MOBILE</b> <i>CELL PHONE</i>	
<b>NOM</b> <i>NAME</i>	<b>TÉL. PRIMAIRE</b> <i>PRIMARY PHONE</i>	<b>LIEN DE PARENTÉ</b> <i>RELATIONSHIP</i>
	<b>TÉL. MOBILE</b> <i>CELL PHONE</i>	

**ADMINISTRATION SEULEMENT**

1<sup>er</sup> jour de travail : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Taux : \_\_\_\_\_      Niveau : \_\_\_\_\_      Ranking : \_\_\_\_\_  
 Statut: Sais     Part     temp.     Étra       Type : Ski     Planche     Telemark



CONSETEMENT / DISCHARGE

Je, \_\_\_\_\_, consens à ce que Tremblant effectue toutes les vérifications qu'elle juge appropriées à mon sujet. Plus particulièrement, mais sans limiter la portée de ce qui précède, elle peut faire des vérifications d'emploi, de sécurité et d'antécédents judiciaires.

I, \_\_\_\_\_, authorise Tremblant to verify all my personal information which Tremblant considers appropriate. More particularly with no limitations, for all my employment, security and criminal history verification.

Je consens également à fournir les renseignements personnels mentionnés plus bas qui seront utilisés aux fins de ces vérifications.

I also agree to provide my personal information below which could be used for verification purposes.

<b>NOM</b> LAST NAME _____		<b>PRÉNOM</b> FIRST NAME _____	
<b>DATE DE NAISSANCE</b> BIRTH DATE MM / JJ / AA	<b>NO DE TÉLÉPHONE</b> TELEPHONE NUMBER	<b>NAS</b> SIN	

ADRESSE / ADDRESS			
<b>ADRESSE</b> ADDRESS _____			<b>APP</b>
<b>VILLE</b> CITY _____		<b>PROVINCE</b>	
<b>CODE POSTAL</b> POSTALOR ZIP CODE _____	<b>PAYS</b> COUNTRY	Canada	

S'il vous-plaît inscrire au minimum vos 2 derniers employeurs ainsi que le nom et le numéro de téléphone de la personne à contacter.

Please indicate at least your last two employers including the name of the person to contact and his or her telephone number.

RÉFÉRENCES / REFERENCES			
	SOCIÉTÉ / COMPANY	CONTACT	TELEPHONE
1.			
2.			
3.			

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

**NB : VOTRE DOSSIER NE SERA PAS TRAITÉ SANS VOTRE SIGNATURE**  
**PS : YOUR FILE WILL NOT BE TREATED WITHOUT YOUR SIGNATURE**

À Station Mont-Tremblant, nous respectons votre confidentialité. Tout renseignement personnel que vous avez fourni sera utilisé seulement au cours du processus d'embauche et selon les besoins dans un but strictement professionnel en lien avec votre emploi, par Station Mont-Tremblant ou d'autres divisions de la Corporation Intrawest. Pour de plus amples informations, veuillez voir notre politique de confidentialité relative aux équipiers sur [www.intrawest.com](http://www.intrawest.com). À titre d'information une copie de ce document sera remis au Service des ressources humaines et une au bureau de l'École sur neige Tremblant.

At Station Mont Tremblant, we respect your privacy. Any personal information you submit on your application and your work return will only be used to consider you for employment and as needed strictly for professional reason directly linked to your employment by Station Mont Tremblant or any other division of Intrawest Corporation. For more information please see our Employee privacy policy on [www.intrawest.com](http://www.intrawest.com). For personal information a copy of this form will be sent to Human Resources department and one to Tremblant Snow School.:

J'atteste que les informations fournies au présent document sont conformes et véridiques. / I confirm that all information provided in the present form are complete, true and are conforming.

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_



SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL / HEALTH AND SAFETY AT WORK

IDENTIFICATION

NOM LAST NAME	PRÉNOM FIRST NAME
------------------	----------------------

En tant que professionnel des sports de glisse, êtes-vous apte (dans le cas des skieurs) à donner une leçon de chasse-neige ou (dans le cas des planchistes) à donner une leçon de planche en position debout et ce, dans les deux cas, pour une durée entre 1h½ à une journée complète et ceci selon votre offre de service?

As a gliding sport professional, are you able to (when skiing) give a full lesson in a snow plow position or to (when snowboarding) give a full lesson standing up for a duration between 1h½ to a full day and this according to your offer of service?

OUI / YES  NON / NO

Avez-vous déjà fait de la compétition? Have you ever competed?

OUI / YES  NON / NO

• Si oui, à quel niveau? / If yes, at what level?

École / School  Club  Régional / Regional  Provincial  National  International

• Si oui, quel type? / If yes which type?

Planche / Snowboard

Course / Race  Acrobatique / Acrobatics  
 Bosses / Bumps  Autres / Other \_\_\_\_\_  
 Rider cross  
 Parc / Park

Ski

Course / Race  Acrobatique / Aerials  
 Bosses / Bumps  Autres / Other \_\_\_\_\_  
 Skier cross  
 Parc / Park

Avez-vous suivi un traitement médical, subi une chirurgie, êtes-vous enceinte ou encore, prévoyez-vous suivre un traitement médical ou subir une chirurgie prochainement pouvant avoir une incidence sur votre capacité à exercer les gestes et tâches requis par le travail de moniteur? (Ex. : chirurgie au niveau du genou, dysfonctionnement lombaire, etc.)

Have you ever had a surgery, medical treatment, are you pregnant or are you expecting medical treatment or surgery in the near future which can have an incidence on your capabilities to exercise the required moves and tasks needed for an instructor? (Ex. : knee surgery, lumbar dysfunction, etc.)

OUI / YES  NON / NO

• Si oui, spécifiez / If yes, specify :

• Et faire parvenir votre rapport médical en relation avec vos spécifications à / and have a medical report sent to:

Station Mont Tremblant, Département SST  
1000, chemin des Voyageurs, Mont-Tremblant, QC, J8E 1T1

• ou par télécopieur à l'attention de SST au 819-681-4851 ou joignez à ce formulaire / or by fax to the attention of SST at 819-681-4851 or join with this form.

Consultez-vous occasionnellement ou régulièrement un thérapeute du sport ou tout autre spécialiste médical ?  
Are you occasionally or regularly consulting a sport therapist or any other medical specialist?

OUI / YES  NON / NO

• Si oui, à quelle fréquence / If yes, at what frequency?

• Type de lésion? / For which type of injury?

