

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M X

Numéro d'assurance sociale : _____ Date de naissance : _____ année/mois/jour

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Cellulaire : _____ # Autre : _____

Personne à joindre en cas d'urgence : _____ # Téléphone : _____

Êtes-vous retraité(e) du RREGOP : Oui Non du RRPE : Oui Non Autre : Oui Non

Précisez : _____

INFORMATIONS LÉGALES pour fins d'imposition

IMPÔT FÉDÉRAL
Célibataire Marié(e) Exempt Conjoint fait | **IMPÔT PROVINCIAL**
Célibataire Marié(e) Exempt Conjoint fait

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Les informations suivantes sont requises en application de la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics (L.Q. 2000, chapitre 45)

Personnes Autochtones* Faites-vous partie des peuples autochtones du Canada ? Oui Non

Minorités visibles** Faites-vous partie d'une minorité visible ? Oui Non

Minorités ethniques*** Faites-vous partie d'une minorité ethnique ? Oui Non

Personnes handicapées**** Vivez-vous avec un handicap ? Oui Non

* Personne qui s'identifie comme appartenant à l'un de ces groupes, soit : Les Premières Nations, Les Métis du Canada et les Inuits.

** Une personne est considérée comme appartenant à une minorité visible en raison de sa « race » ou de la couleur de sa peau.

*** Une personne est considérée comme une minorité ethnique si sa langue maternelle n'est pas le français ou l'anglais et qu'elle ne fait pas partie du groupe des personnes autochtones ou des minorités visibles.

**** Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes. Ceci inclut les personnes : ayant un trouble du spectre de l'autisme ou ayant un trouble de santé mentale qui entraîne une incapacité significative et persistante ou dont l'incapacité est épisodique ou cyclique.

Lieu de naissance: Québec Canada Autre État civil: Marié (e) Célibataire Conjoint de fait Citoyenneté: Canadienne Autre _____ précisez

PARTAGE DE COORDONNÉES

En lien avec la loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.Q. 25), j'autorise le Centre de services scolaire à partager mes coordonnées au service des ressources financières du même centre.

Oui Non

DÉCLARATION RELATIVE À LA VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Je consens à remplir le formulaire requis par la Loi pour la vérification des antécédents judiciaires et j'accepte qu'après vérification et sauf si un pardon m'a été accordé, si une déclaration de culpabilité, une accusation encore pendante ou une ordonnance judiciaire pour un geste criminel ou pénal constitue, après évaluation, un lien incompatible avec la fonction occupée, cela signifiera la fin de mon lien d'emploi.

Signature : _____ Date : _____

NOTE : JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE DE VOTRE SUCCURSALE BANCAIRE POUR LE DÉPÔT DIRECT