



## Service de Premiers répondants de Roxton Falls

26, rue du Marché  
Roxton Falls (Québec) J0H 1E0  
Tél. : (450) 548-5790

### **Les Premiers Répondants de Roxton Falls ont besoin de VOUS ...**

Vous avez le goût de vous impliquer auprès de votre communauté, les services médicaux d'urgence vous ont toujours fascinés et vous croyez avoir ce qu'il faut? Alors joignez-vous à notre équipe. Nous prenons les candidatures pour la prochaine formation à venir.



**Si vous êtes intéressé à devenir premier répondant, nous vous invitons à remplir le formulaire ci-joint, afin de rencontrer la coordonnatrice et participer à une entrevue de sélection.**

**Vous devez être prêt à suivre une formation de 60 heures et obtenir l'accréditation nécessaire. Vous devrez par la suite être disposé à offrir vos disponibilités de jour, de soir et de fin de semaine. Les détails concernant la rémunération offerte vous seront fournis lors de l'entrevue.**

**\*Par soucis d'équité envers tous les aspirants et pour des raisons de sécurité, nous nous réservons le droit de mettre fin à la formation d'un candidat en tout temps, si son profil ne rencontre pas les exigences du poste de premier répondant.**

Vous pouvez faire parvenir votre formulaire dûment complété par courrier, courriel, ou en personne, à l'adresse suivante :



Municipalité du Village de Roxton Falls  
26, rue du Marché, Roxton Falls, Qc, J0H 1E0  
Tél : (450) 548-5790

Courriel à Annie Ferland : [aniferland2804@gmail.com](mailto:aniferland2804@gmail.com)

**Avec les Premiers Répondants c'est ...  
La vie avant tout !**



# Service de Premiers répondants de Roxton Falls

26, rue du Marché  
Roxton Falls (Québec) J0H 1E0  
Tél. : (450) 548-5790

## Municipalité du Village de Roxton Falls - Service de Premiers Répondants **FORMULAIRE DE DEMANDE D'EMPLOI**

### *Renseignements personnels*

Nom		Prénom		N° d'assurance sociale	
Adresse	No.	Rue		téléphone	
		ville	province	code postal	
taille	poids	sexe		date de naissance	
n° d'assurance maladie		n° de permis de conduire		classe	

### *Emploi actuel*

Nom et adresse de l'employeur	Fonction

### *Expériences de travail*

Formation en RCR ou autres formations pertinentes	
Description	Date d'accréditation

### *Dossier médical*

Avez-vous une condition médicale particulière ?	si oui, précisez :

Seriez-vous vos d'accord à passer un examen médical complet chez un médecin ?  Oui  Non

### *En quelques mots, pourquoi êtes-vous intéressé à devenir premier répondant?*


J'atteste que les renseignements donnés sont véridiques et complets

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*\*Les renseignements inscrits demeurent confidentiels*

\*\*\* Ce document sera remis à la coordonnatrice du Service des Premiers Répondants : Mme Annie Ferland - 450-525-8040