

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-EMPLOI

### Classes d'emplois visées par ce questionnaire :

- |                                  |                                |   |
|----------------------------------|--------------------------------|---|
| › Aide de métiers                | › Magasinier                   | › Surveillant d'élèves                    |
| › Concierge                      | › Mécanicien                   | › Technicien en éducation spécialisée     |
| › Ouvrier d'entretien            | › Menuisier                    | › Technicien en électronique              |
| › Conducteur de véhicules lourds | › Ouvrier certifié d'entretien | › Tuyauteur                               |
| › Conducteur de véhicules légers | › Peintre                      | › Technicien en formation professionnelle |
| › Ébéniste                       | › Préposé aux bénéficiaires    | › Enseignant en formation professionnelle |
| › Éducateur en service de garde  | › Relieur                      | › Aide à la classe                        |
| › Électricien                    | › Soudeur                      |   |

Ce questionnaire médical a pour but de s'assurer que votre état de santé est compatible d'une part, avec les exigences de l'emploi postulé et d'autre part, avec une prestation normale de travail. Nous avons une obligation de protéger la santé et sécurité de la personne salariée, des autres membres du personnel et des élèves. Les procédures d'embauche ne pourront être satisfaites que si vous avez répondu adéquatement à toutes les questions du formulaire. **Rappelez-vous que toute fausse déclaration ou omission de votre part pourrait entraîner des mesures pouvant aller jusqu'au bris du lien d'emploi.**

### IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom (naissance) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà travaillé dans notre établissement?  Oui  Non

Emploi (s) postulé (s) : \_\_\_\_\_

### LE SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE

Êtes-vous actuellement, avez-vous déjà été traité ou avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes? Cochez la maladie, la blessure ou le symptôme. Détaillez la partie corporelle concernée.

#### Maladie, blessure ou symptôme

#### Partie corporelle concernée

- |                  |                          |       |
|------------------|--------------------------|-------|
| - Amputation     | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Kyste synovial | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Ankylose       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Arthrite       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Arthrose       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Luxation       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Fracture       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Entorse        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Hernie         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Bursite        | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Tendinite      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Épicondylite   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Tunnel carpien | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Fibromyalgie   | <input type="checkbox"/> | _____ |
| - Rhumatisme     | <input type="checkbox"/> | _____ |

Au niveau de la colonne vertébrale, du dos ou de la moelle épinière, avez-vous des étirements, de la douleur, de la raideur ou des contusions? Oui  Non

Souffrez-vous actuellement, avez-vous déjà été traité ou avez-vous souffert d'une entorse ou d'une hernie? Oui  Non

Avez-vous passé un examen radiologique de la colonne? Si oui, pourquoi?

Oui  Non

---

---

Avez-vous d'autres problèmes musculaires, aux os ou aux articulations?

---

---

---

Avez-vous déjà été exposé à un travail impliquant des répétitions de mouvements ou de pression sur des périodes de temps prolongées (mouvement répété sur plusieurs heures)?

Oui  Non

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de problèmes respiratoires (exemples : bronchite chronique, pneumonie ou autres problèmes)? Si oui, précisez.

Oui  Non

Avez-vous déjà été exposé à des poussières de décapage, de sablage, de forage, de textiles, de charbon, de silice, de grains, etc.?

Oui  Non

Êtes-vous capable de soulever des objets lourds (25 kilos/55 livres)?

Oui  Non

Êtes-vous en mesure de monter et descendre fréquemment plusieurs marches d'escalier?

Oui  Non

Avez-vous des limitations fonctionnelles (temporaires ou permanentes) qui pourraient vous empêcher d'exécuter les tâches de l'emploi convoité?

Oui  Non

Je déclare avoir bien compris les questions et certifie que mes réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission pourrait entraîner le rejet de ma demande d'emploi ou, advenant mon embauche, le bris du lien d'emploi.

---

Signature du candidat

---

Date