



Prière de compléter ce formulaire à la main, avec le plus de précision possible.
Ces renseignements resteront strictement confidentiels.

Dans quelle région désirez-vous travailler ?

Service du personnel :

TRN SA aux Montagnes Neuchâtoises
TRN SA au Val-de-Travers
TRN SA au Val-de-Ruz
TRN SA à La Chaux-de-Fonds et/ou au Locle

*
*
*
*

TRN SA
Ressources Humaines
Allée des Défricheurs 3
Case postale 1429
2301 La Chaux-de-Fonds

* mettre une croix où il convient

Tél. 032 924 24 24

Fax 032 924 24 09

www.trn.ch

Données personnelles

Nom	Prénom(s) <small>(souligner le prénom usuel)</small>
Adresse et n°	
Code postal	Localité
Téléphone fixe	Portable
Date de naissance	Lieu de naissance
Etat civil	Lieu d'origine/Canton <small>(pays pour les étrangers)</small>
E-mail	Site personnel
En Suisse depuis	N° AVS
Taille (en cm)	Poids (en kg)
Permis de travail <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> autre (spécifier)	Depuis le
Service militaire <input type="checkbox"/> apte, spécifier grade <input type="checkbox"/> exempt (raison) <input type="checkbox"/> service complémentaire <input type="checkbox"/> protection civile	
Assurance maladie de base	

Emploi actuel

Employé chez	En qualité de
Depuis	Téléphone
Salaire actuel	Prétention de salaire brut
Pouvons-nous prendre des renseignements auprès de votre dernier / actuel employeur ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Remarque	

Formation scolaire et formation professionnelle (école primaire, secondaire, lycée, université / apprentissage, stage, séjour à l'étranger)

Formation / Ecole	Lieu	du	au	Certificat/diplôme obtenu

Activités professionnelles précédentes

Postes occupés	Lieu	Genre d'activité	de	à

Connaissances linguistiques

* merci d'indiquer votre niveau : 1 = très bon 2 = bon 3 = moyen 4 = élémentaire

	conversation °	rédaction*	lecture*	Lieu et durée du séjour à l'étranger
Français				
Allemand				
Italien				
Anglais				
Autre(s) (à spécifier)				

Permis de conduire (émis en Suisse) oui non

B ** C ** D ** Trolleybus ** Autres **

** noter la date d'obtention et/ou la catégorie du permis (joindre une copie)

Retrait du permis de conduire oui non Date Casier judiciaire vierge oui non

Autres connaissances (formation continue, activité accessoire, fonction publique)

Données familiales

Nom, prénom de jeune fille de votre femme ou de vous-même Né(e) le

Enfants
Prénom(s) Né(e) le

Emploi futur

Quelles sont les fonctions et le lieu d'activité qui vous intéressent ?

Caractéristiques souhaitées de votre activité future

Avez-vous donné votre congé ? oui non Pour quelle date / délai de congé

Date éventuelle d'entrée en fonction

Remarque

Lieu et date Signature du postulant

Les demandes d'emploi n'ayant pas suffisamment de renseignements ne seront pas prises en considération

Document avec annexes mentionnées ci-après à envoyer aux :

Transports Régionaux Neuchâtelois - Ressources Humaines - Case postale 1429 - 2301 La Chaux-de-Fonds

- 1 photo
- copies des certificats de travail / diplômes
- copie du permis de conduire
- questionnaire personnel
- questionnaire pour le fichier du personnel

Questionnaire personnel

Nom _____

Prénom _____

1. Maladies et infirmités

Pour nous permettre de nous prononcer sur votre candidature, vous devrez passer une visite médicale auprès de notre médecin-conseil. En attendant, nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous :

- Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des maladies suivantes :
 - maladie des organes respiratoires ? oui non
 - maladie du cœur ou des vaisseaux ? oui non
 - maladie des reins ? oui non
 - maladie nerveuse ? oui non
 - maladie des organes de l'abdomen ? oui non
 - maladie de la colonne vertébrale ? oui non
 - lumbago ou sciatique ? oui non
 - suite d'accident (fracture du crâne, etc...) ? oui non
 - d'évanouissements ? oui non
 - état de faiblesse ? oui non
 - toxicomanie (alcool, stupéfiants, médicaments) ? oui non
 - épilepsie ou crise analogue ? oui non
- La mobilité de tous vos membres est-elle bonne ? oui non
- A votre connaissance, votre tension artérielle est-elle bonne ? oui non
 - Dans la négative : trop élevée ?
 - trop basse ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé dans un établissement pour alcooliques ? oui non
- Avez-vous subi une cure de désintoxication pour stupéfiants ? oui non
- Avez-vous été hospitalisé dans une clinique psychiatrique ? oui non
- Avez-vous été exempté du service militaire ou été incorporé comme complémentaire pour raison de santé ? oui non
 - Si oui, décision et motifs

- Bénéficiez-vous d'une rente pour maladie ou accident ? oui non
- Souffrez-vous d'autres maladies ou infirmités qui pourraient vous gêner dans la conduite d'un véhicule ? oui non
- Jouissez-vous :
 - d'une bonne vue / sens des couleurs ? oui non
 - d'une bonne ouïe ? oui non

Remarques : (détails concernant les questions ci-dessus)

2. Situation financière

- Des poursuites sont-elles en cours contre vous ? oui non
 - Si oui, nombre : _____ montant total : _____
- Etes-vous sous le coup d'actes de défaut de biens ? oui non
- Avez-vous contracté des emprunts ? oui non
 - Si oui, pour quel montant ? CHF : _____

3. Antécédents

- Avez-vous subi une condamnation (peine privative de liberté, amende de CHF 100.- ou plus) ? oui non
 - Si oui : date _____ peine _____ motif _____
 - _____
 - _____
 - _____

- Avez-vous eu, au cours des 2 dernières années, des amendes de circulation (excès de vitesse, stop, feux rouges, etc...) ? oui non
 - Si oui : date _____ montant _____ motif _____
 - _____
 - _____
 - _____

- Avez-vous eu, au cours des 5 dernières années, été impliqué dans des accidents de circulation ? oui non
 - Si oui : date _____ amende / peine _____ circonstances _____
 - _____
 - _____
 - _____

- Une procédure pénale est-elle en cours contre vous ? oui non

- Le permis d'élève-conducteur ou permis de conduire vous a-t-il déjà été refusé ou retiré ? oui non
 - Si oui : date _____ durée _____ motif _____
 - _____
 - _____
 - _____

- Etes-vous actuellement sous tutelle, curatelle ou conseil légal ? oui non

Important

Le (la) soussigné(e) certifie avoir répondu véridiquement et complètement à toutes les questions, sachant que le fait de fournir intentionnellement ou par négligence des indications fausses ou incomplètes peut, si cela se révélait plus tard le cas, entraîner la résiliation des rapports de service. Il (elle) permet à l'entreprise de demander des renseignements sur son état de santé à un médecin si nécessaire.

Lieu et date

Signature