

DEUX SECTIONS À COMPLÉTER: LA PREMIÈRE PAR LE CANDIDAT PRÉSÉLECTIONNÉ, LA SECONDE PAR UN MÉDECIN.
 Pour remplir les exigences du poste il faut subir un examen médical. À SMT, nous respectons votre confidentialité. Tout renseignement personnel que vous fournissez sur le formulaire de demande, sera utilisé seulement au cours du processus de sélection des futurs employés de SMT ou d'autres division de la Corporation Intrawest. **Les moniteurs qui étaient en poste à l'École sur neige Tremblant l'hiver dernier doivent compléter la première section seulement.**

SECTION DE L'EMPLOYÉ: NOM : _____ PRÉNOM: _____

1) 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 surf 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?
 Oui Non

2) 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.)
 Oui Non
 Si oui, veuillez spécifier et joindre votre rapport médical en relation avec vos spécifications. _____

3) Consultez-vous occasionnellement ou régulièrement un thérapeute du sport ou tout autre spécialiste médical ?
 Non Oui
 Si oui, à quelle fréquence ? (2x. sem.) _____
 Pour quel type de lésion? _____

4) Avez-vous déjà fait de la compétition? Non oui
 À quel niveau: _____
 Quel type ? Ski / Planche
 Course Rider ou skier cross Parc Bosses
 Acrobatique Autres spécifiez : _____

5) Lorsque vous enseignez le ski et/ou la planche, SVP spécifiez ce que vous trouvez le plus difficile dans le cadre de votre emploi ?
 a) Le froid, la pluie les intempéries
 b) La gestion du stress
 c) Le type de clientèle. Spécifiez _____
 d) La durée de la leçon. Spécifiez _____
 e) Assignation du travail (fréquence)
 f) Autres (s). Spécifiez _____

Tous les nouveaux employés et ceux qui n'ont pas enseigné à l'École sur neige Tremblant au cours de la dernière saison doivent fournir l'examen médical de la prochaine section. C'est une condition d'embauche.

J'atteste que les informations fournies sur la présente demande sont complètes, conformes et vraies. Je reconnais que toute fausse déclaration entraînera le rejet de mon retour en fonction ou le congédiement immédiat. À la demande de l'employeur, j'accepte de me soumettre à l'examen médical de l'entreprise qui, pour exercer les fonctions d'instructeur, doit être passé avec succès.

Signature de l'employé : _____ Date : _____

***** **SECTION MÉDICALE:** Docteur, pouvez-vous s'il vous plaît, évaluer ce candidat afin de déterminer s'il répond aux exigences physiques du poste de moniteur de ski / planche sur neige?

COCHEZ LA BOÎTE CORRESPONDANTE POUR DÉTERMINER LES PRÉ-REQUIS PHYSIQUES DE L'INDIVIDU.

<i>Aucune</i>	<i>Quelques</i>	<i>Limitations</i>	<i>Pour information ce candidat devra (pré-requis physiques):</i>
<i>Limitation</i>	<i>limitations</i>	<i>Limitations</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effectuer des mouvements fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire même de faible amplitude;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rester debout plus de 60 minutes;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire du chasse-neige pour une durée de leçon soit de 60 minutes à une journée ;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes des articulations (genoux);
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pivoter sur les membres inférieurs;
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subir des contrecoups à la colonne vertébrale et aux articulations;

De plus, dans votre rapport, veuillez nous indiquer si nous devons respecter des limitations fonctionnelles ou nous informer si des mouvements reliés au poste de moniteur de ski/planche sur neige représentent un risque pour la santé physique de ce candidat.

- Aucune restriction (apte)**
- Apte avec restrictions: veuillez préciser :** _____

- Inapte** _____

Date de l'examen médical: _____, 200____ Numéro de pratique (obligatoire): _____
 Nom du médecin (imprimerie) : _____ Signature: _____