

Le ministère de l'Éducation et des Services à la petite enfance exige que l'employeur (le conseil scolaire ou l'école indépendante, le cas échéant) vérifie l'historique d'emploi des demandeurs de brevets d'enseignement de la C.-B. qui ont occupé des postes d'enseignant au cours des 10 dernières années. Les demandeurs doivent remplir la première section du formulaire, puis faire parvenir le formulaire à l'employeur, pour que celui-ci finisse de remplir le formulaire.

**À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR**

N° de l'école ou du conseil scolaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Nom de l'école, du conseil scolaire ou de l'employeur : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur à la naissance : \_\_\_\_\_

Prénoms du demandeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_ N° de certificat (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_

**À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

Langue d'enseignement principale : Français \_\_\_\_\_ Anglais \_\_\_\_\_ Une autre langue \_\_\_\_\_

Dates d'emploi (JJ-MM-AAAA)	Type d'emploi	Équivalent temps plein	Années scolaires ou matières enseignées
P. ex., du 01-09-2017 au 31-01-2018	Temps plein	1,00	Années 4 et 5
P. ex., du 01-04-2019 au 31-05-2020	Temps partiel	0,75	Sciences humaines et sociales 8-10

	Année(s) scolaire(s) (inscrire chaque année séparément)	Nombre de jours
Enseignant en disponibilité	P. ex., 2012-2013	76 jours

**À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

1. Selon vos dossiers, la conduite ou les compétences du demandeur ont-elles déjà fait l'objet de préoccupations?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Le demandeur a-t-il déjà été congédié?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Le demandeur a-t-il déjà fait l'objet d'une enquête?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Le demandeur a-t-il déjà fait l'objet de mesures disciplinaires?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Le demandeur a-t-il déjà démissionné ou accepté un règlement en vue d'éviter une enquête ou des mesures disciplinaires liées à sa conduite?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Nom du représentant compétent de  
l'organisation: \_\_\_\_\_

Titre ou fonctions: \_\_\_\_\_

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Nom de l'école, du conseil scolaire ou de  
l'employeur: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTION À L'INTENTION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez envoyer directement le formulaire rempli à l'adresse [trb.certification@gov.bc.ca](mailto:trb.certification@gov.bc.ca).**

*Traduction – Version septembre 2020 (2023)*