

**ENTREVUE ÉCRITE**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code permanent : \_\_\_\_\_

Inscrit sur vos bulletins ou sur votre carte étudiante

No de téléphone : \_\_\_\_\_

Langue Maternelle : \_\_\_\_\_

**COCHEZ LE PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ADMISSION**

- Boucherie de détail (DEP)
- Boulangerie (DEP)
- Conseil et vente de voyages (DEP)
- Cuisine (DEP)
- Pâtisserie (DEP)
- Service de la restauration (DEP)

**À retourner avec votre formulaire d'inscription**

Notez que ce questionnaire sera pris en considération  
lors de la sélection des candidates et candidats.

## Consignes :

- ❖ Le retour de l'entrevue écrite bien remplie, lisible et dans les délais prévus est obligatoire pour l'analyse de votre demande d'admission.
- ❖ Pour vous inscrire, vous devez vous rendre sur notre site Internet au ehcapitale.qc.ca, sous l'onglet S'inscrire – Inscription en ligne. Pour ceux qui se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer ou qui habitent à plus de 100 km de l'école, veuillez nous contacter.
- ❖ Élèves québécois, lorsque vous nous retournerez l'entrevue écrite, assurez-vous de nous faire parvenir également une copie conforme de votre carte d'assurance-maladie et de votre certificat de naissance de l'état civil, grand format. Seules les copies conformes réalisées dans un établissement scolaire sont acceptées. De plus, vous pouvez vous présenter directement à l'école avec tous vos documents originaux. Nous pourrions ainsi les authentifier copie conforme.
- ❖ Pour vous aider à compléter cette entrevue, consultez les sites Internet suivants :
  - [ehcapitale.qc.ca](http://ehcapitale.qc.ca)
  - [www.inforoutefpt.org](http://www.inforoutefpt.org)

## Important :

Je comprends que l'École hôtelière de la Capitale ne pourra émettre un verdict officiel à ma demande d'admission qu'au moment où j'aurai fait parvenir les documents requis (certificat de naissance original, preuve de résidence (carte d'assurance-maladie ou permis de conduire), dernier bulletin reçu, entrevue écrite et formulaire d'admission signé).

De plus, prenez note que les piercings, soudés ou non, ainsi que le port de tous bijoux\* sont interdits, même recouverts d'un pansement (\*bagues, bracelets, gourmettes, montre, boucles d'oreilles et autres). *Loi sur les produits alimentaires*, article 2.2.3.

Je m'engage à compléter moi-même cette entrevue écrite et à répondre honnêtement aux questions.

---

Signature

---

Date

1. Énumérez les principales tâches que vous devrez exécuter dans votre futur métier :

---

---

---

---

2. Que faut-il aimer pour exercer ce métier (intérêts)?

---

---

---

---

3. Décrivez au moins 3 caractéristiques personnelles que vous possédez et qui pourront vous être utiles dans le métier choisi. Donnez un exemple concret pour chacune en puisant dans vos expériences de travail ou personnelles pour illustrer vos propos.

---

---

---

---

---

---

4. À quel horaire de travail vous attendez-vous une fois sur le marché du travail?

---

---

5. Qu'est-ce qui vous semble le plus et le moins intéressant dans ce métier?

---

---

---

---

---

---

6. Dans quels lieux de travail serez-vous appelé à travailler à la fin de votre formation (employeurs potentiels)?

---

---

---

7. Quel salaire prévoyez-vous gagner à la fin de votre formation?  
(par semaine ou par année)

---



---

8. Comment prévoyez-vous financer vos études?

---



---



---

9. Quelle(s) formation(s) scolaire(s) avez-vous suivies?

Au secondaire et formation professionnelle :			
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au collégial :			
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
À l'université :			
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres formations suivies (MAPAQ, etc.) :			

10. Nommez, brièvement, vos expériences de travail :

---



---



---



---

11. Expliquez pourquoi vous avez décidé de faire une demande d'admission dans ce programme d'études:

---



---



---



---

12. Quels défis personnels, professionnels et/ou académiques pensez-vous rencontrer au cours de votre formation et comment pensez-vous les relever?

---

---

---

---

---

---

---

13. Une fois votre diplôme obtenu, quels sont vos projets d'avenir?

---

---

---

---

---

---

---

14. Comment prévoyez-vous vous impliquer dans votre formation afin de bien réussir?

---

---

---

---

---

---

---

### RECONNAISSANCE DES ACQUIS

Si vous possédez de l'expérience pertinente en lien avec le programme d'études professionnelles dans lequel vous désirez vous inscrire, nous vous invitons à communiquer avec le Service de la reconnaissance des acquis et des compétences de la commission scolaire de la Capitale au 418 686-4040, poste 2317 ou sans frais au 1 855-781-2666, poste 2317 avant votre inscription.

## FICHE SANTÉ

### Identification

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Programme : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(j / m / a)

Personne à aviser en cas d'urgence :

Père  Mère  Autre  Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
No de téléphone : \_\_\_\_\_

### Santé physique

Avez-vous des allergies alimentaires ? Si oui, précisez : Oui  Non

Allergène (s)	Goûté?	Touché?	Inhalé?
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Avez-vous des problèmes de santé ou une limitation ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
Oui  Non

### Autres problématiques

**Veillez noter qu'aucune information contenue dans la fiche santé ne peut influencer la sélection d'un candidat.** L'information transmise permettra à l'équipe des intervenants de l'école de vous apporter l'aide nécessaire, si c'est le cas, dès le début des cours.

J'ai ou j'ai déjà eu :

- des difficultés d'apprentissage
- une problématique de dyspraxie (dextérité manuelle)
- des problématiques de santé mentale
- du soutien psychologique pour faire face à un problème personnel ou scolaire
- des périodes de démotivation scolaire récurrentes avec de la difficulté à me maintenir en formation
- un plan d'intervention pour m'aider à l'école\*

\* Bien vouloir nous faire parvenir le plan d'intervention si vous le jugez pertinent afin de pouvoir mettre en place des mesures pour vous aider dans votre réussite scolaire dès la rentrée.

### Attestation et autorisation

- ❖ En cas d'urgence, j'autorise l'École hôtelière de la Capitale à prendre les mesures pertinentes, à procurer les premiers soins ou à veiller au transport de l'élève jusqu'au lieu de traitement, si cela est nécessaire.
- ❖ J'autorise l'École hôtelière de la Capitale à transmettre ces renseignements, si nécessaire, en toute confidentialité, aux personnes œuvrant auprès de l'élève.
- ❖ Par la présente, je déclare savoir qu'en fréquentant un centre de formation professionnelle en alimentation et en tourisme, je pourrais être en contact avec certains allergènes et que cela entraîne des risques pour toute personne allergique. J'accepte ces risques en pleine connaissance de cause.
- ❖ J'atteste que tous les renseignements fournis sont exacts.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève

\_\_\_\_\_  
Date