

**ENTREVUE ÉCRITE**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Inscrit sur vos bulletins ou sur votre carte étudiante

No de téléphone : \_\_\_\_\_

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

- Boucherie de détail (DEP)
- Boulangerie (DEP)
- Cuisine (DEP)
- Pâtisserie (DEP)
- Service de la restauration (DEP)
- Vente de voyages (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 les candidates et les candidats dont le lieu de résidence est dans un rayon de 100 km de l'école, une rencontre d'information portant sur le programme choisi est obligatoire. Pour vous inscrire, vous devez vous rendre sur notre site Internet au [ehcapitale.qc.ca](http://ehcapitale.qc.ca), sous l'onglet Formation – Inscription, Inscription – Démarches. Pour ceux demeurant à plus de 100 km, un document d'information vous sera acheminé par courriel lorsque vous nous contacterez pour en faire la demande.
- ❖ 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. Toutes les écoles peuvent effectuer des copies conformes de vos documents.
- ❖ Afin d'obtenir une réponse à toutes les questions, consulter 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 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.

---

SIGNATURE

---

DATE

Au plaisir de vous rencontrer!

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

---

---

---

---

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

---

---

---

---

3. Nommez quatre habiletés requises pour bien exercer ce métier :

Physiques : 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Intellectuelles : 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

4. Dans quel environnement physique de travail devrez-vous exécuter les tâches? À quoi ressemblera votre milieu de travail (dehors, en dedans, chaud, froid, etc.)?

---

---

---

---

5. Quelle est la durée du programme? \_\_\_\_\_ heures.

6. Ce programme comporte combien de cours? : \_\_\_\_\_ cours (compétences).

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

---

---

---

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

---

---

---

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Comment prévoyez-vous financer vos études?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Au secondaire et en formation professionnelle			
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	complétée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cégep			
	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 ( <b>MAPAQ</b> , etc.) :			

12. Nommez, brièvement, vos expériences de travail :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 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 : \_\_\_\_\_  
 Numéro de tél. : \_\_\_\_\_

### Santé physique

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

Allergie (s)	Goûté?	Touché?	Inhalation?
	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
- 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

\* 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