

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

- Cuisine du marché (ASP)
- Pâtisserie de restauration contemporaine (ASP)
- Sommellerie (ASP)

À retourner avec votre formulaire d'inscription

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

Le retour de l'entrevue écrite bien remplie, lisible et dans les délais prévus est obligatoire pour les fins d'analyse de votre demande d'admission.

REMARQUES :

- ❖ Les élèves s'inscrivant à l'attestation de spécialisation professionnelle en sommellerie ou en cuisine du marché doivent s'inscrire à une rencontre d'information obligatoire en passant par notre site Internet à ehcapitale.qc.ca sous l'onglet Formation – Inscription.
- ❖ Les élèves qui n'ont pas obtenu le diplôme d'études professionnelles préalable à la spécialité doivent faire parvenir, avec leur demande d'admission, un curriculum vitae ainsi qu'une lettre de leur employeur actuel.

Cuisine (DEP)	Cuisine du marché (ASP)
Cuisine (DEP)	Pâtisserie de restauration contemporaine (ASP)
Service de la restauration (DEP)	Sommellerie (ASP)

La lettre de votre employeur doit être écrite sur le papier entête de la compagnie et signée à la main par votre employeur. Votre curriculum vitae doit faire la démonstration de votre expérience dans le secteur de l'alimentation.

- ❖ Les élèves détenant un diplôme d'études professionnelles en boulangerie peuvent être admissibles à la formation Pâtisserie de restauration contemporaine s'ils sont actuellement en emploi dans le secteur de l'alimentation.
- ❖ Les élèves détenant une formation de niveau collégial reliée au domaine de la restauration ou de l'hôtellerie peuvent également être admissibles dans les spécialités s'ils sont actuellement en emploi dans ce domaine.

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 OBLIGATOIRE

DATE

1. Quelle(s) formation(s) scolaire(s) avez-vous suivie(s)?

	Au secondaire		
		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.) :		

	Si vous n'avez pas joint de curriculum vitae, nommez, brièvement, vos expériences de travail.

FICHE SANTÉ

CONFIDENTIEL

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