

APPRENTISSAGE MANITOBA

Déclaration de l'employeur en vue de l'obtention de la qualification professionnelle dans un métier

Esthéticien – Technicien en pose d'ongles

Ce formulaire doit être rempli par le superviseur direct du candidat.
Les renseignements fournis dans ce formulaire feront l'objet d'une vérification.

| | |
|---------------------------|---|
| A. Nom du candidat | Nom de la personne qui déclare son expérience professionnelle |
| Nom complet: | |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| B. Antécédents professionnels | Il faut remplir toutes les cases. | | |
| Nom de l'organisme ou de l'employeur: | | | |
| Du (aaaa/mm/jj): | Au (aaaa/mm/jj): | Titre du poste: | Nombre total d'heures travaillées: |
| Type d'emploi: | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Autre |

| | |
|--|--|
| C. Déclaration relative aux tâches effectuées dans le cadre de l'emploi Analyse provinciale des professions (APP) 2013 | <input checked="" type="checkbox"/> Cochez « Non » si vous n'avez personnellement observé aucune des tâches d'un groupe d'activités. <input checked="" type="checkbox"/> Cochez « Oui » si vous avez personnellement observé le candidat effectuer la tâche au niveau de performance d'un compagnon. Rayez toute tâche que vous n'avez pas observé le candidat effectuer. Exemple |
| A – Sécurité et salubrité Inclut: préserver un milieu de travail sécuritaire; assainir, désinfecter et stériliser | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| B – Gestion Inclut: remplir le dossier-client; effectuer le travail de réception, assurer les tâches de gestion du salon | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| C – Compétences essentielles Inclut: mener une consultation; assurer un service | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| D – Soins des ongles Inclut: faire des manucures et des pédicures; faire des applications artificielles | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |

| | | |
|--|---|--|
| D. Signature du superviseur ou de l'employeur | J'atteste que les renseignements que j'ai fournis à titre d'ancien ou d'actuel superviseur direct du candidat sont exacts. Je comprends que mon appui pourrait permettre au candidat de se présenter à l'examen de qualification professionnelle. | |
| Signature: | Date: (aaaa/mm/jj) | |
| Nom en lettres moulées: | Téléphone (jour): | |

| | | | |
|------------------------------|---|------------|---------------|
| Réservé à l'administration : | Vérifié - <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Signature: | Commentaires: |
|------------------------------|---|------------|---------------|

Brandon
340, 9th Street, bureau 128
R7A 6C2
Tél. : 204 726-6365
Télec. : 204 726-6912

Thompson
3, chemin Station, bureau
118
R8N 0N3
Tél. : 204 677-6346
Télec. : 204 677-6689

Winnipeg
111, avenue Lombard,
bureau 100
R3B 0T4
Tél. : 204 945-3337
Télec. : 204 948-2346