

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