

## Formulaire d'inscription

- Formation**
- Assistant-e socio-éducatif-ve (CFC)  
*Option :*     généraliste     petite enfance     handicap     personne âgée
- Assistant-e en soins et santé communautaire (CFC)
- Aide en soins et accompagnement (AFP)

**Durée de la formation** date de début ..... date de fin .....

Mme  M.

*(Ecrire en majuscules, s.v.p.)*

Nom ..... Prénom .....

Rue et n° ..... N° postal et localité .....

Date de naissance (jj/mm/aaaa) ..... N° AVS .....

Lieu d'origine ..... Canton ..... Nationalité .....

N° de téléphone..... Courriel .....

Permis pour étrangers :

- B Permis de séjour annuel     C Permis d'établissement     Autre .....
- Date d'obtention ..... Valable jusqu'au .....

### Adresse postale de l'apprenti-e si différente de celle ci-dessus

Chez ..... Téléphone .....

Rue et n° ..... N° postal et localité..... Canton .....

### Coordonnées du-de la représentant-e fiscal-e qui assume financièrement la formation

(rubrique obligatoire jusqu'à 25 ans)

- Père     Mère     Etudiant-e     Tutelle

Nom ..... Prénom .....

Rue et n° ..... N° postal et localité .....

N° de téléphone ..... Courriel .....

Date de naissance (jj/mm/aaaa) .....

### Pour l'apprenti-e majeur-e uniquement

Souhaitez-vous que votre représentant fiscal reçoive les factures liées à votre formation ?     oui     non

**Scolarité obligatoire terminée en** Année ..... Canton (ou pays) .....  
 Section et degré atteints (ex : 11<sup>e</sup> moderne) .....  
 Nom de l'école .....  
 N° postal et localité .....

**Activités antérieures**

Autre école ..... de ..... à .....  
 Autre apprentissage ..... de ..... à .....  
 Activités professionnelles ..... de ..... à .....  
 Titre-s obtenu-s (CFC ou diplôme) Année .....  
 (copie à joindre à l'inscription)

**Entreprise formatrice**

Raison sociale .....  
 Rue et n° ..... Case postale .....  
 N° postal et localité .....  
 N° de téléphone ..... E-mail .....

**Formateur-trice en entreprise**

Nom ..... Prénom .....  masculin  féminin  
 N° de téléphone ..... Mobile ..... E-mail .....

**Date et signature**

Le-la formateur-trice en entreprise .....  
 L'apprenti-e .....

Le présent bulletin d'inscription doit être adressé au secrétariat de l'Ecole Santé-Social Pierre-Coullery, pour autant que possible jusqu'au 1<sup>er</sup> mai, accompagné des documents suivants :

- photographie d'identité couleur de l'apprenti-e, avec nom au verso
- pour les étrangers, copie du permis de séjour
- copie des éventuels titres déjà obtenus (CFC ou diplôme)