

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)
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^{er} 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)