

Formulaire d'inscription

Formation de Certifié-e post-diplôme en soins continus

Nom-s :		
Prénom-s :		
Date de naissance :		Lieu d'origine :
Adresse privée :		
Téléphone privé :		E-mail privé :
N° AVS :		
Fonction :		Taux (en %) :
Hôpital :		Service :
Votre supérieur ou votre employeur est informé de votre inscription ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Choix de la filière :	<input type="checkbox"/> Intermediare Care (IMC)	<input type="checkbox"/> Salle de réveil (SDR)
Choix du lieu de pratique* :		
<small>* Si vous n'avez pas de lieu de pratique défini pour faire votre formation, veuillez-vous référer à la procédure d'admission ou prendre contact avec le responsable de filière concerné : SC-IMC : 026/306.08.12 / SC-SDR : 026/306.08.10.</small>		
J'atteste avoir pris connaissance du règlement de formation et l'accepte. Le <u>règlement</u> est consultable sur notre site internet (www.h-fr.ch)		
Date et signature de l'intéressé-e :	
Par quel moyen avez-vous pris connaissance de la formation :		

Ce formulaire signé accompagné de votre dossier complet* **doit être remis à votre responsable de formation pratique ou à votre ICUS**, qui le transmettra directement au Centre de formation des soins si votre candidature devait être retenue par votre lieu de pratique.

*Projet personnel de 2 à 3 pages, CV, attestation de l'employeur, copies des certificats de travail antérieurs, diplômes, homologations de diplôme par la CRS, pièce d'identité/permis de séjour.