

## Formulaire d'inscription

Formation de Certifié-e post-diplôme en soins continus

Nom(s) : .....		<b>Nationalité suisse :</b>	
Prénom(s) : .....		Lieu d'origine : .....	
Date de naissance : .....		Canton d'origine : .....	
Téléphone privé : .....		<b>Autre nationalité :</b>	
E-mail privé : .....		Pays d'origine : .....	
N° AVS : .....			
Adresse privée (NPA et Localité): .....			
Commune		N° diplôme : .....	
(si différente que localité) : .....			
Fonction : .....		Taux (en %) : .....	
Hôpital : .....		Service : .....	
<b>Votre supérieur ou votre employeur est informé de votre inscription ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
<b>Choix de la filière :</b>	<input type="checkbox"/> Intermediate Care (IMC)	<input type="checkbox"/> Salle de réveil (SDR)	
<b>Choix du lieu de pratique* :</b> .....			
*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.			
<b>J'atteste avoir pris connaissance du règlement de formation et l'accepte.</b>			
Le règlement est consultable sur notre site internet ( <a href="http://www.h-fr.ch">www.h-fr.ch</a> )			
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.