

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DETAILLE

Formation continue HES POSTGRADE

<p>Je m'inscris pour la formation continue postgrade</p> <p>CAS (Certificat of Advanced Studies)</p> <p>« Intégration des savoirs scientifiques dans les pratiques professionnelles de la santé »</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>PHOTO</p> </div>
---	--

<p>Nom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Etat civil : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/></p> <p>Date de naissance :</p> <p>Nationalité :</p> <p>Type permis de séjour :</p> <p>Adresse privée</p> <p>Rue :</p> <p>Code postal/Ville :</p> <p>Pays :</p> <p>Téléphone privé :</p> <p>Téléphone portable :</p> <p>Adresse professionnelle</p> <p>Profession :</p> <p>Fonction actuelle :</p> <p>Taux d'activité :</p> <p>Nom de l'institution :</p> <p>Adresse :</p> <p>Tél. professionnel :</p>	<p>Prénom :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p>.....</p> <p>Lieu de naissance :</p> <p>Origine si Suisse : Commune</p> <p style="padding-left: 150px;">Canton</p> <p>Validité du permis :</p> <p>E-mail :</p> <p>E-mail :</p>
--	--

Adresse de facturation marquez d'une

- à mon adresse privée je souhaite une convention pour paiement échelonné
 à l'attention de mon employeur, merci de nous communiquer l'adresse exacte, ainsi que le service concerné

Formation de base

Nom et adresse de l'institution de formation	Titre obtenu	Année d'obtention du titre
.....
.....
.....

Formation continue

Nom et adresse de l'institution de formation	Titre obtenu	Année d'obtention du titre
.....
.....
.....

Expérience professionnelle dans le domaine médical et/ou social

Nom et adresse de l'établissement ou de la société	Fonction	Depuis le
.....
.....
.....

Connaissances linguistiques

	Langue maternelle	Maîtrise orale et écrite	Maîtrise orale	Connaissances scolaires	Certificat obtenu
Français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allemand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Constitution du dossier

- un formulaire d'inscription (ce document)
 2 photos récentes, dont une à coller sur le formulaire
 une lettre de motivation
 une copie du diplôme professionnel
 copie des certificats de travail
 la photocopie du récépissé de paiement de la finance d'inscription



Comment avez-vous connu notre école ?

- Séance d'information de l'école
 Autre séance d'information (préciser)
 Forums expositions autres
 Office d'orientation professionnelle
 Médias, affiches journaux autres pub (préciser)
 Internet
 CIPS (Centre d'Information des Professions de la Santé)
 Autres (préciser) :

Frais de dossier :

La somme de **CHF 200.-** (frais de dossier) doit être versée sur le compte postal :

CCP 10-725-4 - Banque Cantonale Vaudoise - 1001 Lausanne

En faveur du compte K 0462.47.85

La Source Ecole - rubrique CAS ISS

Avenue Vinet 30 - 1004 Lausanne

Pour les autres pays, veuillez utiliser un *mandat de poste international* libellé en faveur de l'Ecole
(disponible, en principe, dans tous les bureaux de poste)

Le désistement entraîne des frais d'annulation calculés de la manière suivante :

- jusqu'à 21 jours avant le début du cours, 50% du prix du module est exigible
- jusqu'à 10 jours avant le début du cours, le prix du module est dû intégralement

la finance d'inscription reste due

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

Lieu et date Signature

N.B. :

Les informations communiquées resteront confidentielles; cependant certaines informations type : nom, prénom et date de naissance peuvent être partagées entre les différentes écoles HES.

Veuillez retourner votre dossier de candidature dûment complété, signé et accompagné d'une lettre de motivation, à l'adresse suivante :

Haute Ecole de la Santé La Source
Formation continue postgrade
Av. Vinet 30 – CH 1004 Lausanne
Tél. : +41 21 641 38 00
E-mail : infopostgrade@ecolelasource.ch