PHOTO
(merci de ne pas coller)

Dossier d'inscription

Réintégration professionnelle

☐ Je m'inscris à la formation **Réintégration professionnelle**

DONNÉES PERSONNELLES

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... État civil : .....

Nationalité : ..... Lieu d'origine : .....

Type permis de séjour : ..... Validité du permis : .....

Langue maternelle : .....

ADRESSE PRIVÉE

Rue : ..... Case postale : .....

No postal : ..... Localité : .....

Canton : ..... Pays : .....

MOYENS DE COMMUNICATION PERSONNELS

Tél. privé : ..... Tél. portable : .....

E-mail : .....

DERNIER EMPLOYEUR

Institution : .....

Adresse complète : .....

Service/Département : .....

Fonction : .....

Date de l'arrêt de travail : .....

FORMATION

Diplôme professionnel dans le domaine santé :

……

……

……

Nom, lieu de l'institution de formation :

……

……

Autre(s) certificat(s) ou diplôme (s) obtenu(s) dans le domaine santé :

Type	Lieu	Dates	Titre(s) obtenu(s)
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……

VOTRE MOTIVATION

Nous vous demandons de joindre au dossier une lettre explicitant les éléments suivants :

- Qu'est-ce qui vous a amené à choisir cette formation ?
- Dans quel projet professionnel s'inscrit votre démarche de formation ?
- Quelles sont les difficultés/contraintes que vous envisagez dans la réalisation d'un tel projet (liées à votre emploi ou à votre situation personnelle) ? Et quels moyens avez-vous de les gérer ?
- Quels avantages/bénéfices pensez-vous retirer de cette formation ?

COÛTS

Frais d'inscription : CHF 500.00

CONDITIONS GÉNÉRALES, MODALITÉS D'INSCRIPTION

Afin que vous puissiez débuter la formation, nous vous demandons de :

- Remplir le présent dossier d'inscription
- Respecter le délai d'inscription discuté avec la responsable de formation (Coralie Wicht)

et de joindre à ce dossier les documents suivants :

- 1 copie de votre diplôme professionnel, domaine santé
- 1 copie de votre curriculum vitae
- la lettre décrivant votre projet de formation, comme indiqué plus haut
- la preuve du paiement de la taxe d'inscription

Coordonnées pour le paiement :
HES-SO//FR Haute école de santé et de travail social Fribourg, Route des Arsenaux 16a, 1700 Fribourg
Nom de la banque : Banque cantonale de Fribourg, Case postale, 1701 Fribourg
IBAN : CH60 0076 8011 0056 5391 8
N° de compte : 17-49-3
BIC / SWIFT : BEFRCH22
Clearing : 768
Motif du versement (obligatoire !) : FINANCE D'ADMISSION HEDS + nom et prénom candidat-e + Réintégration professionnelle

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Haute école de santé Fribourg – Madame Coralie Wicht, Responsable programme de réinsertion professionnelle – Rte des Arsenaux 16a – 1700 Fribourg

Tél : 026 429 60 51 – E-Mail : coralie.wicht@hefr.ch

Remarques :

.....

.....

J'ai pris connaissance des conditions générales et les accepte.

Lieu et date : .....

Signature : .....

Veuillez imprimer et signer ce formulaire et l'adresser, ainsi que les pièces à fournir, par courrier postal ou e-mail à l'adresse suivante :

Haute école de santé Fribourg
Madame Coralie Wicht
Responsable programme de réinsertion professionnelle
Route des Arsenaux 16a
1700 Fribourg
coralie.wicht@hefr.ch

Cette formation est proposée par la HEdS-FR avec le soutien de la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS).