

# Dossier d'inscription

## Réinsertion professionnelle Formation - soins de longue durée

PHOTO  
(merci de ne pas coller)

Je m'inscris à la formation **Réinsertion professionnelle, formation soins de longue durée**

### 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 300.00

## CONDITIONS GÉNÉRALES, MODALITÉS D'INSCRIPTION

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

- Remplir le présent dossier d'inscription
- Respecter le délai d'inscription

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 + Réinsertion 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](mailto:coralie.wicht@hefr.ch)

Remarques :

.....

.....

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

Lieu et date : .....

Signature : .....

Veillez 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](mailto:coralie.wicht@hefr.ch)

En partenariat avec :

