

**BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS / BACHELOR IN PFLEGE**

PHOTO

(merci de ne pas coller)

**Dossier d’inscription**

**Réintégration professionnelle**

* Je m’inscris àla 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 (Corinne Bulliard)

**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 Corinne Bulliard, Responsable programme de réintégration professionnelle – Rte des Arsenaux 16a – 1700 Fribourg

Tél : 026 429 60 48 – E-Mail : [corinne.bulliard@hefr.ch](mailto:corinne.bulliard@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 Corinne Bulliard**

**Responsable programme de réintégration professionnelle**

**Route des Arsenaux 16a**

**1700 Fribourg**

[corinne.bulliard@hefr.ch](mailto:corinne.bulliard@hefr.ch)

En partenariat avec :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | C:\Users\gil.stern\Desktop\sans-titre.png | C:\Users\gil.stern\Desktop\sans-titre.png |