

# INSCRIPTION AU CEFF SANTÉ-SOCIAL POUR LA FORMATION ES EN SOINS INFIRMIERS

---

TOUS LES TERMES UTILISÉS DOIVENT ÊTRE COMPRIS DANS LEUR SENS ÉPICÈNE

<b>DÉLAI D'INSCRIPTION</b>	<b>5 OCTOBRE 2017</b>
<b>TESTS D'APTITUDES</b>	<b>20 OCTOBRE 2017</b>
<b>ENTRETIENS DE SÉLECTION</b>	<b>23-26 OCTOBRE 2017</b>
<b>ENTRÉE EN FORMATION</b>	<b>5 FÉVRIER 2018</b>

L'inscription au ceff SANTÉ-SOCIAL requiert les éléments suivants :

- Lettre de motivation manuscrite
- Formulaire d'inscription
- Curriculum vitae avec copies des diplômes / certificats et éventuels certificats de travail
- Attestation récente de résidence dans le canton de Berne (le candidat doit être domicilié dans le canton de Berne depuis 2 ans ou l'avoir quitté depuis moins de 2 ans)
- Copie du permis de séjour (pour les étrangers)
- *Une taxe d'inscription de CHF 150.- (émolument cantonal non remboursable) est facturée au moment de la confirmation de l'admission*



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

---

## 1. DONNÉES PERSONNELLES

Nom : ..... Prénom : .....  
Rue et n°: ..... NPA & localité : .....  
Domicilié dans le canton de Berne depuis le : .....  
Ou quitté le canton de Berne depuis le : .....  
Date de naissance : ..... Genre :  masculin  féminin  
Etat civil : ..... No AVS : .....  
Langue maternelle : .....  
Permis de conduire (type) : ..... Voiture à disposition :  oui  non  
Si CH, commune d'origine : ..... Canton d'origine : .....  
Si étranger, nationalité : ..... Permis de séjour : .....  
N° téléphone fixe : ..... N° téléphone mobile : .....  
Adresse courriel : .....

## 2. DERNIÈRES ÉCOLES SUIVIES

1. .... De : ..... À : .....  
2. .... De : ..... À : .....  
3. .... De : ..... À : .....

Niveau linguistique (cf. cadre européen)	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Français						
Allemand						
Anglais						



### 3. ÉVENTUELS STAGES OU PRÉCÉDENTES ACTIVITÉS

- 1. .... De : ..... À : .....
- 2. .... De : ..... À : .....
- 3. .... De : ..... À : .....
- 4. .... De : ..... À : .....

### 4. REMARQUES PERSONNELLES

.....  
.....

#### 4.1. HANDICAP

Je souffre d'un handicap et souhaite obtenir une documentation sur les mesures de compensation des désavantages :  oui  non

### 5. SIGNATURES

Par ma signature, j'atteste de la véracité des renseignements ci-dessus.

Date : ..... Signature : .....

### 6. MARCHE À SUIVRE

Envoyez votre lettre de motivation manuscrite, accompagnée du présent formulaire d'inscription et des documents énumérés en 1<sup>re</sup> page à :

ceff SANTÉ-SOCIAL  
ES/MPS  
Route de Sonvilier 3  
2610 Saint-Imier  
032 942 62 42