

# INSCRIPTION AU CEFF SANTÉ-SOCIAL POUR LA MATURITÉ PROFESSIONNELLE POST-CFC

TOUS LES TERMES UTILISÉS DOIVENT ÊTRE COMPRIS DANS LEUR SENS ÉPICÈNE

## 1<sup>ER</sup> EXAMEN

DÉLAI D'INSCRIPTION	27 FÉVRIER 2022
DATE DE L'EXAMEN D'ADMISSION	9 MARS 2022

## 2<sup>E</sup> EXAMEN

DÉLAI D'INSCRIPTION	1 MAI 2022
DATE DE L'EXAMEN D'ADMISSION	11 MAI 2022

DÉBUT DES COURS	22 AOÛT 2022
-----------------	--------------

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

- Formulaire d'inscription
- Attestation de domicile originale (et pas l'attestation d'établissement). Important : deux ans de domicile fiscal sans interruption dans le canton de Berne. (Selon la notice relative à la MPS, point 5.1)
- Copie du certificat fédéral de capacité. Les candidats qui n'ont pas encore obtenu leur CFC au moment de l'inscription devront l'adresser au ceff SANTÉ-SOCIAL dès réception
- Copie de la pièce d'identité ou du permis de séjour
- Diplôme/Certificat international de langue

De plus, pour prétendre à une admission sans examen (si en votre possession) :

- Copie de l'attestation de cours CGE  
Copie du bulletin du 5<sup>e</sup> semestre de la formation professionnelle initiale menant au CFC d'employé(e) de commerce (profil E)



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

---

## 1. FORMATION CHOISIE

- Maturité professionnelle domaine « Santé »
- Maturité professionnelle domaine « Travail social »

## 2. DONNÉES PERSONNELLES

### 2.1. CANDIDAT

Nom : ..... Prénom : .....  
Rue et n° : ..... NPA & localité : .....  
Domicilié dans le canton de Berne depuis le : .....  
Date de naissance : ..... Genre :  masculin  féminin  
Etat civil : ..... No AVS : .....  
Langue maternelle : .....  
Si CH, lieu d'origine / canton : ..... Si étranger, nationalité : .....  
Permis de séjour : .....  
N° téléphone fixe : ..... N° téléphone mobile : .....  
Adresse courriel : .....

### 2.2. REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : ..... Prénom : .....  
Rue et n° : ..... NPA & localité : .....  
N° de téléphone fixe : ..... N° de téléphone mobile : .....  
Adresse courriel : .....

### 2.3. ÉVENTUEL 2<sup>ÈME</sup> REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom : ..... Prénom : .....  
Rue et n° : ..... NPA & localité : .....  
N° de téléphone fixe : ..... N° de téléphone mobile : .....  
Adresse courriel : .....



### 3. DERNIÈRES ÉCOLES SUIVIES

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

### 4. CERTIFICAT INTERNATIONAL DE LANGUE

Je suis en possession d'un certificat international de langue.

- oui, langue : ..... (joindre une copie du certificat)  non

### 5. DISPENSE DE L'EXAMEN D'ADMISSION D'ALLEMAND

Selon la notice relative à la MPS, point 5.3. :

- oui, (*joindre un justificatif svp*)  non

### 6. ÉVENTUELS STAGES OU PRÉCÉDENTES ACTIVITÉS

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

Apprentissage de : .....

Entreprise formatrice : .....

Année de l'obtention du certificat fédéral de capacité en (mois et année) : .....

### 7. COÛT DES ÉTUDES

Il faut compter avec un coût total d'environ CHF 1'000.-, qui englobe la taxe d'inscription, les ouvrages, un forfait pour les photocopies remises par les enseignants, les activités extrascolaires et le voyage d'études.

- Lors de la confirmation de l'admission à la formation maturité professionnelle santé-social post CFC, il est facturé CHF 150.- de taxe d'inscription (émolument cantonal non remboursable).
- Un montant de CHF 400.- sera facturé à la fin du premier semestre. Il servira d'acompte à faire valoir sur les frais du voyage d'études organisé durant le deuxième semestre.



## 8. POURSUITE DES ÉTUDES *(renseignements à but statistique uniquement)*

Après l'obtention de la maturité professionnelle, le candidat souhaite poursuivre une formation :

Formation HES : .....

Autre : .....

## 9. REMARQUES PERSONNELLES

.....  
.....

### 9.1. MESURES SPÉCIFIQUES LIÉES À UN HANDICAP

Lors de l'examen d'admission, je souhaite bénéficier de mesures de compensation des désavantages liés à un handicap (troubles DYS, autre) :

oui (*joindre un justificatif svp*)                       non

*La demande doit être faite au moment de l'inscription, sur présentation d'un justificatif établi par un spécialiste en charge du suivi thérapeutique. Les difficultés d'apprentissages doivent être mentionnées, ainsi que la mesure de compensation sollicités. Une décision sera rendue avec la confirmation d'inscription.*

## 10. SIGNATURES

Par ma signature, j'atteste de la véracité des renseignements ci-dessus et avoir pris connaissance des conditions d'admissions du règlement spécifique à la filière de formation maturité professionnelle (MP) dans le domaine santé-social ([www.ceff.ch](http://www.ceff.ch) \ ceff SANTÉ-SOCIAL \ Bases juridiques) ainsi que de la notice relative à la MPS.

Candidat : .....

Représentant légal : .....

## 11. MARCHE A SUIVRE

Envoyez le présent formulaire d'inscription ainsi que les documents énumérés en 1<sup>re</sup> page à :

ceff SANTÉ-SOCIAL

Rue de la Clef 44

2610 Saint-Imier

032 942 62 62

santesocial@ceff.ch