

# **INSCRIPTION AU CEFF SANTÉ-SOCIAL POUR LA MATURITÉ PROFESSIONNELLE INTÉGRÉE AU CFC D'ASSC – ASE (SYSTEME DUAL)**

---

TOUS LES TERMES UTILISÉS DOIVENT ÊTRE COMPRIS DANS LEUR SENS ÉPICÈNE

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

<b>DÉLAI D'INSCRIPTION</b>	<b>28 FÉVRIER 2021</b>
<b>DATE DE L'EXAMEN D'ADMISSION</b>	<b>10 MARS 2021</b>

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

<b>DÉLAI D'INSCRIPTION</b>	<b>2 MAI 2021</b>
<b>DATE DE L'EXAMEN D'ADMISSION</b>	<b>12 MAI 2021</b>

<b>DÉBUT DES COURS</b>	<b>16 AOÛT 2021</b>
------------------------	---------------------

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

- Formulaire d'inscription
- Photocopie du bulletin scolaire de 11<sup>e</sup> Harmos pour les candidats remplissant les conditions d'admission sans examen
- Copie du permis de la pièce d'identité ou du permis de séjour

# 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 : .....  
Permis de conduire (type) : ..... Voiture à disposition :  oui  non  
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 : .....

Niveau en 11 <sup>e</sup> Harmos	A	B	C	Autre	Moyenne
Français					
Mathématique					
Allemand					

### 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 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).

Candidat : .....

Représentant légal : .....

### 6. 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