



FO 1.1.06.02

Demande de formation **duale mixte CFC (DM)**

Assistant-e médical-e DM

Conditions d'admissions :

- **Trouver un employeur et signer un contrat d'apprentissage pour la 2^{ème} et 3^{ème} année**
L'inscription sera effective dès la signature du contrat avec l'employeur.
S'en suit ensuite une convention de partenariat entre l'école, l'apprenti et l'employeur ainsi qu'un contrat d'apprentissage entre l'apprenti et l'école pour la 1^{ère} année

Photographie

Obligatoire

CANDIDAT-E

TOUS LES CHAMPS DOIVENT ETRE REMPLIS

Personne en formation	Nom :		Prénom :	
	Rue :		Sexe : <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	
	NPA, lieu :		Langue maternelle : <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> i	
	Tél. :		Date de naissance :	
	Lieu d'origine :		Canton :	
			Pays :	
			N° AVS :	
			Autorisation de séjour : <input type="checkbox"/> Permis C <input type="checkbox"/> Autre permis <i>(joindre copie du permis)</i>	
	Adresse mail :			
Représentant légal (père et/ou mère ou autorité tutélaire)	Nom :		Prénom :	
	Rue :		Sexe : <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	
	NPA, lieu :		Tél. :	

Employeur pour la 2^{ème} et 3^{ème} année :

Nom du cabinet médical :
Rue :
NPA, lieu :
Téléphone :
Adresse mail :
Nom du formateur-trice :

Lieu et date

Signature du-de la candidat-e

Signature du représentant légal

.....

.....

.....

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE (CV / lettre de motivation / attestations de stage / etc..)

*Ce formulaire et les annexes sont à envoyer **le plus rapidement possible** à l'Ecole professionnelle artisanale et service communautaire (adresse ci-dessous).*

