

Bulletin d'inscription CAS TM - Volée 2019

Veillez cocher ce qui convient :

Demande de validation des Acquis et/ou de l'expérience (VAE)

Hes·SO

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

University of Applied Sciences
Western Switzerland

CAS HES-SO en Thérapies Manuelles (CAS TM)

OUVERTURE DES INSCRIPTIONS DU 15 MAI AU 30 NOVEMBRE 2018

Ce bulletin doit être retourné dûment rempli au **Secrétariat Formation continue**

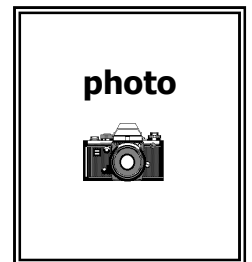
HEdS-Genève Avenue de Champel 47 CH – 1206 Genève

Nom : Prénom :

Etat civil :

Date de naissance : Origine (canton/commune) :

Canton de domicile lors de l'obtention du diplôme professionnel :



Adresse privée

Rue et numéro :

No postal et ville :

Tél. privé : Portable :

e-mail :

Adresse professionnelle

Profession : Fonction actuelle :

Nom de l'institution :

Rue et Numéro :

No postal et ville :

Tél. professionnel : e-mail :

J'ai pris connaissance des conditions de participation à cette formation et vous adresse mon inscription, ainsi que les documents suivants :

- Le formulaire d'inscription avec sa 1 photo
- Une photo format numérique (jpeg) à envoyer par mail à fc.heds@hesge.ch (avec votre nom/prénom et formation à laquelle vous vous inscrivez)
- Le curriculum vitae
- Une copie lisible d'un document d'identité
- La photocopie du ou des diplôme-s
- La photocopie lisible du récépissé postal du versement ou la preuve du virement des frais d'ouverture (CHF. 200.- ou si VAE CHF 500.-)

CCP : 14-22103-1 IBAN CH37 0900 0000 1402 2103 1 HES-SO Genève - HEdS 1206 Genève

Motif de versement : CAS TM + votre nom No projet : G700102 PG TMA

h e d s

Haute école de santé
Genève

Hes·SO VALAIS WALLIS
Haute Ecole de Santé
Hochschule für Gesundheit



Facture à envoyer : au-à la participant-e
 à l'institution : nom de la personne, service + adresse complète:

.....
.....
.....

“En soumettant ce dossier de candidature, j’autorise la HES-SO (ou la haute école) à requérir des informations complémentaires dans le cadre du traitement de ma candidature auprès des écoles préalablement fréquentées et j’autorise ces dernières à fournir les informations me concernant.

Attention: Toute information erronée ou remise de document falsifié peut conduire au refus définitif d’admission, à l’annulation de l’immatriculation, respectivement l’exclusion de la HES-SO“.

Date : Signature :

Pouvez-vous nous dire comment vous avez eu connaissance de cette formation :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> par une collègue / connaissance | <input type="checkbox"/> par une plaquette publicitaire |
| <input type="checkbox"/> par un contact direct avec notre institution | <input type="checkbox"/> par notre site internet |

Chèque annuel de formation

Les participant-e-s genevois-e-s et frontalier-e-s aux formations de ce programme peuvent bénéficier du « Chèque Annuel de Formation », sous certaines conditions (1 à 3 chèques par formation selon le nombre d’heures).

Les renseignements complémentaires et détaillés au sujet du « Chèque Formation » peuvent être obtenus auprès des organismes du DIP - Office pour l’orientation, la formation professionnelle et continue - Services des bourses et prêts d’études (SBPE) - tél. +41 22 388 73 50 - <http://www.geneve.ch/caf/>

Il faut impérativement que la demande soit faite **AVANT** le début de la formation ; elle n’est pas rétroactive.

h e d s

Haute école de santé
Genève