

## Bulletin d'inscription

### Formation à la coordination de l'accueil familial de jour (CAFJ)

### cycle de formation 2019-2020

à retourner à : EESP, Unité de formation continue, chemin des Abeilles 14, 1010 Lausanne

avant le 24 octobre 2018

#### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom : ..... Prénom : .....

Etat civil : .....

Date de naissance : .....

Adresse privée complète : .....

Tél. privé : ..... Tél. portable : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'institution : .....

Pourcentage de temps de travail comme coordinatrice ou coordinateur : .....

Tél. prof : .....

E-mail privé ou prof. (= pour vous contacter rapidement) : .....

#### Formation

Formation de base : .....

Titre de la formation : .....

Lieu : ..... Date du diplôme : .....

## Formations complémentaires

Titre de la formation / Date & Lieu : .....

.....

Titre de la formation / Date & Lieu : .....

.....

Titre de la formation / Date & Lieu : .....

Activités professionnelles : .....

.....

Fonction actuelle sur le lieu de travail (brève description) : .....

.....

.....

.....

.....

Depuis le : .....

Je m'inscris pour :

La formation à la coordination de l'accueil familial de jour 2019-2020

Coût total de la formation : CHF 5'600.-

Facture à adresser à votre institution (à l'adresse que vous avez mentionnée en 1<sup>ère</sup> page)

Facture à adresser à votre adresse privée

J'ai pris connaissance des conditions générales de participation et les accepte.

Date : .....

Signature : .....

Joindre en annexe :

- 1) Curriculum Vitae
- 2) Certificats et diplômes obtenus (copie)
- 3) Copie carte d'identité ou passeport
- 4) Une photographie
- 5) Lettre de motivation (sur maximum deux pages dactylographiées, format A4 - police taille 10), veuillez présenter vos motivations pour entrer à la formation à la coordination de l'accueil familial de jour.
- 6) Copie du récépissé pour les frais d'ouverture du dossier : CHF 200.-- (CCP n°10-18214-4 avec la mention dans communication : "N° projet 40 013 - Inscription CAFJ 2019-2020")

## ACCORD DE L'EMPLOYEUR

La Direction de l'Institution :

Nom de l'institution .....

Adresse .....

autorise Madame ou Monsieur .....

à participer à la

formation à la coordination de l'accueil familial de jour 2019-2020

La Direction de l'Institution confirme avoir pris connaissance du programme de cette formation et s'engage à accorder à son employé-e les conditions nécessaires à sa participation régulière à la formation.

Elle accepte que son employé-e présente, au cours de cette formation, des situations tirées de sa pratique professionnelle – chaque participant-e à cette formation étant bien entendu tenu-e à entière confidentialité.

Date : .....

.....

Timbre de l'Institution et signature