



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AUXILIAIRE DE SANTE CRS

ATTACHER LA PREUVE DE LA FINANCE D'INSCRIPTION

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ NP/Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Type de permis de séjour : \_\_\_\_\_

**JOINDRE UNE COPIE**

État-civil : \_\_\_\_\_ Enfant(s) : \_\_\_\_\_ Âge(s) : \_\_\_\_\_

Profession apprise : \_\_\_\_\_ Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Activités professionnelles passées, expériences de vie : \_\_\_\_\_

Activité actuelle : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Avez-vous une expérience dans le domaine des soins ?  oui  non

Si oui :  hôpital  soins à domicile  
 home  soins d'un parent ou voisin

Combien de temps avez-vous travaillé dans les soins ? \_\_\_\_\_

Motivations de la fréquentation du cours : \_\_\_\_\_

La formation est **payée par** (cocher ce qui convient) :

Employeur :  Home Nom : \_\_\_\_\_  
 Soins à domicile Nom : \_\_\_\_\_

Moi-même

Autre institution Nom : \_\_\_\_\_

ORP Nom du conseiller : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Je désire suivre la formation à :  Neuchâtel \_\_\_\_\_ dates : \_\_\_\_\_  
 La Chaux-de-Fonds \_\_\_\_\_ dates : \_\_\_\_\_

**Votre inscription n'est prise en considération qu'après paiement de la finance d'inscription.**

**J'ai pris connaissance des informations et conditions générales de participation concernant la formation "Auxiliaire de santé CRS" et me déclare d'accord avec celles-ci.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Envoyer à : Croix-Rouge neuchâteloise, Secteur Formation, Avenue du Premier-Mars 2a, 2000 Neuchâtel

**Laisser libre :**

Finance d'inscription

Permis de séjour

Stage d'observation

Permis de travail

Reçu le : \_\_\_\_\_

Séance info le : \_\_\_\_\_

Formation n°: \_\_\_\_\_

Divers : \_\_\_\_\_

## LISTE DE LIEUX DE STAGE D'OBSERVATION

Pour les personnes n'ayant **pas d'expérience récente dans les soins**, il est demandé d'effectuer un **stage d'observation d'au minimum 5 jours**. Nous vous prions de prendre contact avec un des établissements ci-dessous ou un autre établissement médicalisé afin de planifier votre stage d'observation et ceci **avant la séance d'information** obligatoire. Le **rapport de stage d'observation** (document ci-joint) rempli est à remettre à la responsable de la formation **au plus tard** lors de la séance d'information ou à envoyer à l'adresse suivante : Avenue du Premier-Mars 2a, 2000 Neuchâtel

Résidence Les Peupliers S.A	2017 Boudry	Tél. 032 843 04 50	uniquement pour les habitant/e/s de Boudry
Home La Lorraine	2022 Bevaix	Tél. 032 847 97 34	
Tertianum Domaine Le Littoral	2022 Bevaix	Tél. 032 847 10 00	
Home La Fontanette	2024 Saint-Aubin-Sauges	Tél. 032 836 23 04	stage d'observation de 10 jours minimum
Tertianum Chantevent	2027 Fresens	Tél. 032 834 30 40	
Home Bellevue	2525 Le Landeron	Tél. 032 752 12 12	
Home St-Joseph	2088 Cressier	Tél. 032 758 03 03	stage d'observation de 15 jours minimum
Home médicalisé Beaulieu S.A	2068 Hauterive	Tél. 032 753 85 75	
Résidence le Castel	2072 Saint-Blaise	Tél. 032 554 50 49	
Foyer de la Côte	2035 Corcelles	Tél. 032 732 20 00	
Résidence les Marronniers	2117 La Côte-aux-Fées	Tél. 032 865 13 23	
Home Les Sugits	2114 Fleurier	Tél. 032 862 13 00	
ProSàD Soins et Aide à domicile	2114 Fleurier	Tél. 032 860 10 23	
Home Les Arbres	2300 La Chaux-de-Fonds	Tél. 032 967 55 55	
Home Le Foyer	2314 La Sagne	Tél. 032 933 09 10	
Tertianum le Martagon	2316 Les Ponts-de-Martel	Tél. 032 934 24 65	
Fondation La Résidence	2400 Le Locle	Tél. 032 933 21 11	
Hôpital du Jura Bernois S.A.	2740 Moutier / 2610 St-Imier	Tel. 032 494 32 12	



## RAPPORT DE STAGE D'OBSERVATION

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Stage d'observation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(minimum 5 jours consécutifs à 100%)

1. Motivation et intérêt pour le travail :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Aptitudes personnelles et relationnelles :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Communication et collaboration :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Divers / commentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

**Date, timbre et signature de  
l'établissement**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_