



**ATTACHER RECEPISSE DE LA FINANCE INSCRIPTION**

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

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... NP/Lieu : .....  
Téléphone privé : ..... Téléphone prof : .....  
Téléphone portable : ..... Adresse e-mail : .....  
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 des conditions générales de participation concernant le cours "Auxiliaire de santé CRS" et me déclare d'accord avec celles-ci.**

Date : ..... Signature : .....

Renvoyer à : Croix-Rouge suisse Neuchâtel, av. du 1<sup>er</sup>-Mars 2a, 2000 Neuchâtel

Laisser libre :	<input type="checkbox"/> Reçu le .....
<input type="checkbox"/> Finance d'inscription	<input type="checkbox"/> Séance info le .....
<input type="checkbox"/> Permis de séjour	<input type="checkbox"/> Permis de travail
<input type="checkbox"/> Stage d'observation	<input type="checkbox"/> Formation n° .....
	<input type="checkbox"/> Divers .....

