



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 : _____

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
ou formation@croix-rouge-ne.ch

Laisser libre :

<input type="checkbox"/> Finance d'inscription	<input type="checkbox"/> Stage d'observation	<input type="checkbox"/> Reçu le : _____
<input type="checkbox"/> Permis de séjour	<input type="checkbox"/> Permis de travail	<input type="checkbox"/> Séance info le : _____
		<input type="checkbox"/> Divers : _____

LISTE DE LIEUX DE STAGE D'OBSERVATION

Pour les personnes n'ayant **pas d'expérience dans les soins**, il est recommandé d'effectuer un **stage d'observation d'au minimum 5 jours**. Nous vous prions de prendre contact directement avec un des établissements ci-dessous ou un autre établissement médicalisé afin de planifier votre stage d'observation. 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 : formation@croix-rouge-ne.ch

EMS Le foyer	2000 Neuchâtel	Tél. 032 729 20 20
Home médicalisé L'Ermitage	2000 Neuchâtel	Tél. 032 727 11 11
Home le Clos	2000 Neuchâtel	Tél. 032 732 12 00
EMS Clos Brochet	2000 Neuchâtel	Tél. 032 722 71 00
NOMAD soins à domicile	Canton de Neuchâtel	Tél. 032 886 88 88
Résidence médicalisée Carpe Diem	2017 Boudry	Tél. 032 843 04 50
Tertianum Domaine Le Littoral	2022 Bevaix	Tél. 032 847 10 00
Home La Lorraine	2022 Bevaix	Tél. 032 847 97 34
Home La Lorraine	2022 Bevaix	Tél. 032 847 97 34
Home La Fontanette**	2024 Saint-Aubin-Sauges	Tél. 032 836 23 04
Tertianum Chantevent	2027 Fresens	Tél. 032 834 30 40
Soins à domicile de la Côte	2035 Corcelles	Tél. 032 732 95 70
Foyer de la Côte	2035 Corcelles	Tél. 032 732 20 00
Home médicalisé du Val-de-Ruz - Landeyeux	2046 Fontaines	Tél. 032 854 27 00

EMS du Petit Chézard	2054 Chézard-St-Martin ·	Tél. 032 853 50 67
Résidence le Castel	2072 Saint-Blaise	Tél. 032 554 50 49
Home St-Joseph**	2088 Cressier	Tél. 032 758 03 03
Home Les Sugits	2114 Fleurier	Tél. 032 862 13 00
Résidence les Marronniers	2117 La Côte-aux-Fées	Tél. 032 865 13 23
Home Les Arbres	2300 La Chaux-de-Fonds	Tél. 032 967 55 55
Home Le Temps Présent	2300 La Chaux-de-Fonds	Tél. 032 967 72 72
Home Le Foyer	2314 La Sagne	Tél. 032 933 09 10
Tertianium le Martagon	2316 Les Ponts-de-Martel	Tél. 032 934 24 65
Fondation La Résidence	2400 Le Locle	Tél. 032 933 21 11
Résidence du Ruschli	2502 Bienne	Tél. 032 329 28 28
Home Montagu	2520 La Neuveville	Tél. 032 751 26 96
Home Bellevue	2525 Le Landeron	Tél. 032 752 12 12
Résidence Hébron	2608 Courtelary	Tél. 032 941 25 65
Hôpital du Jura Bernois S.A.	2740 Moutier / 2610 St-Imier	Tel. 032 494 32 12
Home du Vully	1786 Bas-Vully	Tél. 026 673 44 44

** Minimum 15 jours de stage



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