

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION CAS EVALUATION CLINIQUE INFIRMIERE (CAS EC)

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Etat civil : .....  
Date de naissance : ..... Lieu d'Origine : Commune .....  
Nationalité : ..... Canton .....  
N° AVS : .....

### Coordonnées privées

Rue : .....  
N° Postal / Ville : .....  
Pays : .....  
Téléphone privé : .....

### Renseignements professionnelles

Profession : .....  
Fonction actuelle : ..... Taux d'activité.....  
Nom de l'institution : .....  
Service : .....  
Adresse : .....  
Tél. professionnel : .....  
☞ Merci de me contacter à cette adresse E-mail : .....  
☞ Merci de me contacter à ce numéro de tél. portable : .....

Êtes-vous sur un réseau social ?  Facebook  LinkedIn  Aucun

### Formation de base

Titre obtenu	Année d'obtention du titre	Nom de l'institution de formation
.....	.....	.....

### Adresse de facturation

- à mon adresse privée  
 à l'attention de mon employeur \*  
 je souhaite une convention pour paiement échelonné (valable aussi pour l'employeur qui paye la formation)

\* Merci de spécifier ici l'adresse exacte de facturation, ainsi que la personne et le service concernés

.....  
.....

## Dossier de candidature

- Formulaire d'inscription complété
- Lettre de motivation
- 1 photo récente à coller sur le formulaire
- Curriculum vitae (CV)
- Copies des diplômes professionnels
- Photocopie de la preuve de paiement de la finance d'inscription

## Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?

- Séance d'information à la HEdS La Source
- Salons  Congrès  Conférences
- Site Internet de la HEdS La Source
- Google ou autres sites web
- Collègues  Employeur  Media

## Finance d'inscription : CHF 200.-

à verser sur le compte postal :

CCP 10-725-4 - Banque Cantonale Vaudoise - 1001 Lausanne  
en faveur de CH71 0076 7000 K046 2478 5  
HEdS La Source - avenue Vinet 30 - 1004 Lausanne  
**Rubrique CAS EC**

En cas de paiement depuis un pays étranger, veuillez mentionner la référence BIC : BCVLCH2LXXX.

## Conditions de désistement

Tout désistement doit être annoncé par écrit au secrétariat des formations continues postgrades.

*En cas de désistement de 3 semaines avant le début des cours jusqu'à la veille du premier jour, 50 % du montant de l'écolage reste dû à l'école.*

*En cas de désistement dès le 1<sup>er</sup> jour de cours et durant la formation, la totalité du montant de l'écolage reste dû.*

*La finance d'inscription reste due.*

- Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

Lieu et date : .....

Signature : .....

### N.B. :

*En soumettant ce dossier de candidature, j'autorise la HES-SO 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.*

## **Veuillez retourner votre dossier de candidature dûment complété et signé à l'adresse suivante :**

Institut et Haute Ecole de la Santé La Source  
Formations continues postgrades  
Av. Vinet 30 – CH 1004 Lausanne  
Tél. : +41 21 641 38 63  
E-Mail : infopostgrade@ecolelasource.ch