



Formulaire d'inscription Formation CRF Auxiliaire de Vie Social·e

MERCI DE REMPLIR PERSONNELLEMENT À LA MAIN ET DE MANIÈRE LISIBLE

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° postal : Localité :

Téléphone privé : N° de portable :

E-mail :

**Pour effectuer la formation CRF
je confirme posséder le niveau linguistique de français B1 ; parler, lire et écrire**

Oui

Êtes-vous orienté-e par une commune ?

Non

Oui Si oui, laquelle :

Quel est votre fonction ou rôle dans la commune ?

Citoyen-ne Employé-e communal-e

Bénévole Bénéficiaire d'un processus de reconversion professionnelle
AI ou attributaire d'une mesure MIS ou PET de l'ORP

Nom de la personne référente de l'autorité communale :

N° de tél. :

E-mail :

Êtes-vous assigné-e par l'ORP ?

Non Oui

Si oui, quel office régional de placement ?

Nom du conseiller-ère :

N° de tél. :

E-mail :

Avez-vous son accord pour effectuer et financer la formation ? Oui Non
- Merci de joindre l'attestation officielle de la décision ORP

Êtes-vous suivi-e par l'Assurance invalidité ?

Non Oui

Nom du conseiller-ère :

N° de tél. :

E-mail :

Avez-vous son accord pour effectuer et financer la formation ? Oui Non
- Merci de joindre l'attestation officielle de la décision AI

Facturation de la formation :

Au participant

Autre (merci de noter l'adresse complète) :
.....
.....

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales des cours et formations de la Croix-Rouge fribourgeoise ainsi que la déclaration sur la protection des données de la Croix-Rouge suisse et je les accepte (à consulter sur le site internet).

Date : Signature :

Formulaire d'inscription à renvoyer à :

**Croix-Rouge fribourgeoise
Service Santé
Rue Guillaume-Techtermann 2
1701 Fribourg**

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre formation.

Nous allons ensuite vous contacter dans les meilleurs délais pour confirmer votre inscription.