



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.**