



BULLETIN D'INSCRIPTION INTERVENANT(E)

Intervenant(e)

Nom :		Prénom :		
Nom de jeune fille :				
Adresse complète :			CP + Ville :	
Tél. privé (avec indicatif) :			Tél. prof (avec indicatif) :	
Tél. portable :			e-mail :	
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Date de naissance :	
Nationalité :			Pour les Suisses, canton d'origine :	
*Célibataire <input type="checkbox"/>	*Marié(e) <input type="checkbox"/>	* Séparé(e) <input type="checkbox"/>	*Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	*Nbre d'enfants :

* Votre taux d'imposition dépend de l'exactitude de ces renseignements. Tout oubli ou erreur de votre part entraînera une imposition maximale.

Pour les candidat(e)s étranger(e)s : avez-vous déjà travaillé en Suisse ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous en possession d'un permis de travail et/ou de séjour ? Le cas échéant, joindre une photocopie du permis	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si vous avez un numéro d'AVS, veuillez l'indiquer :

Assurance maladie (nom de la caisse et N° d'assuré) :

Attention pour les ressortissants de la CE : afin de bénéficier d'une éventuelle prise en charge de vos soins médicaux, faites une demande de carte européenne d'assurance maladie (cf. site www.ameli.fr).

Avez-vous un permis de conduire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Quelle catégorie ?	Depuis quand ?	
Etes-vous motorisé(e) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
De quel type de véhicule disposez-vous ?		

Formation professionnelle

Diplômes :		
Domaine :		
Profession :		
Actuellement étudiant(e) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Actuellement salarié(e) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui , les revenus n'excédant pas CHF 2000.- par année civile, peuvent être considérés comme gain accessoire et être exonéré de charges sociales (selon art. 8.10 RAVS). <u>Nous fournir une attestation de votre employeur principal.</u>		

Expérience dans l'accompagnement de personnes handicapées

Expérience de séjours de vacances :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avec des personnes handicapées	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avec quels organismes ? <u>Merci de joindre les attestations/certificats</u>		
Fonctions occupées :		
Autres expériences :		
Veuillez citer quelques activités préférées :		

Disponibilités

Période scolaire :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Jours de la semaine et moment de la journée (ex. : lundi après-midi, mercredi soir, etc.):		
Période de vacances scolaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Jours de la semaine et moment de la journée (ex. : lundi après-midi, mercredi soir, etc.):		

Vos disponibilités doivent être valables pour une année au moins à partir de la date de signature du contrat

Remarques et souhaits :		
Lieu :	Date :	Signature :