Formulaire d’inscription

à un ou plusieurs modules libres du

**CAS Physiothérapie Cardiorespiratoire\_édition 2023**

A retourner à : [postgrade@hesav.ch](mailto:postgrade@hesav.ch)

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

**Nom**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom**  …..

**Date de naissance** ….. **Pays d’origine (si Suisse : canton**) …..

**Adresse personnelle**  …..

**NP**  ….. **Localité** …..

**Courriel privé** ….. **Tél portable** …..

**Employeur** ….. **Service** …..

**Adresse professionnelle** …..

**NP** ….. **Localité**  …..

**Courriel prof.** ….. **Tél porf**. …..

**INSCRIPTION**

**Je souhaite participer au**

Module A \_ Savoir professionnels spécifiques

Module B \_ Techniques et soins invasifs

Module C \_ Techniques et soins non-invasifs

Module D \_ Patients chroniques

**La facture doit être adressée**

à mon employeur

à mon adresse privée

autre, merci de préciser …..

**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS**

**Profession**  …..

**Intitulé du diplôme professionnel (en toutes lettres)** …..

**Date d’obtention du diplôme**  …..

**Nom de l’établissement d’obtention du diplôme (en toutes lettres)** …..

**Ville de l’établissement**  …..

**Pays de l’établissement**  …..

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

**Décrivez brièvement le cadre dans lequel vous exercez votre activité professionnelle actuellement et les interventions auxquelles vous êtes confronté.e (10 lignes max.) :**

…..

**Comment avez-vous entendu parler de cette formation ?**

…..

**Merci de bien vouloir joindre à ce formulaire :**

* Une copie de vos diplômes professionnels
* Une photo en couleur (format JPG)
* Une copie du récépissé du versement de CHF 200.- pour les frais d’inscription

Une facture avec le prix total de la formation vous sera adressée 1 mois et demi avant le début de la formation

* Module A : 1’390 chf
* Module B : 1’850 chf
* Module C : 1’850 chf
* Module D : 1’850 chf

**Information de paiement/ en faveur de :**

Haute Ecole de Santé Vaud

av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne

IBAN : CH80 0900 0000 1003 0175 0

No de compte CCP : 10-30175-0

Motif du versement : CASPCR2023

**Date** ….. **Lieu** …..

*Je confirme mon inscription au(x) module(s) libre(s) indiqué dans ce formulaire et faisant partie du CAS*

*Physiothérapie cardiorespiratoire**(CAS PCR). J’accepte les conditions financières (frais d’inscription*

*+ prix total de la formation).*