

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2023-2024

### FORMATION D'ASSISTANT-E DENTAIRE EN APPRENTISSAGE

#### SITE PROGRÈS, LA CHAUX-DE-FONDS

#### ÉLÈVE

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin   
(En lettres majuscules)  
N° AVS (13 chiffres) \_\_\_\_\_ (Votre numéro se trouve sur votre carte d'assurance-maladie)  
Date de naissance Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
Langue maternelle \_\_\_\_\_ (Indiquer la langue "dans laquelle on pense, on calcule") Autre langue \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Canton (Pays si naissance à l'étranger) \_\_\_\_\_  
Origine Commune \_\_\_\_\_ Canton \_\_\_\_\_  
(Seulement pour les ressortissant-e-s suisses)  
Type de permis de séjour (Pour les ressortissant-e-s étranger-ère-s) \_\_\_\_\_ Dès le \_\_\_\_\_ Jusqu'au \_\_\_\_\_  
Domicile de l'élève Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ☎ Domicile \_\_\_\_\_  
N° postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ 📱 Mobile \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_

#### DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre strict des publications officielles, l'élève majeur-e ou le-la représentant-e légal-e de l'élève autorise la publication par l'école ou le centre scolaire de photographies ou de vidéos dans lesquelles l'élève pourrait être reconnu-e Oui  Non

#### REPRÉSENTANT-E LÉGAL-E 1 (Rubrique obligatoire jusqu'à 25 ans)

Autorité parentale : Oui  Non  Représentant-e relais : Oui  Non   
(Mère ou père juridique uniquement) (Un seul au maximum en cas de domicile séparé)  
Type : Mère  Père  Grand-mère  Grand-père  Belle-mère  Beau-père   
Responsable éducatif-ve  Curateur-trice/tuteur-trice  Autre :  \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin   
(En lettres majuscules)  
Domicile Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ☎ Domicile \_\_\_\_\_  
N° postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ 📱 Mobile \_\_\_\_\_  
☎ Prof. \_\_\_\_\_  Courriel \_\_\_\_\_  
Adresse d'hébergement de l'élève : Oui  Non  (Au max 3 adresses pour l'élève)

#### REPRÉSENTANT-E LÉGAL-E 2 (Rubrique obligatoire jusqu'à 25 ans)

Autorité parentale : Oui  Non  Représentant-e relais : Oui  Non   
(Mère ou père juridique uniquement) (Un seul au maximum en cas de domicile séparé)  
Type : Mère  Père  Grand-mère  Grand-père  Belle-mère  Beau-père   
Responsable éducatif-ve  Curateur-trice/tuteur-trice  Autre :  \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin   
(En lettres majuscules)  
Domicile Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ☎ Domicile \_\_\_\_\_  
N° postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ 📱 Mobile \_\_\_\_\_  
☎ Prof. \_\_\_\_\_  Courriel \_\_\_\_\_  
Adresse d'hébergement de l'élève : Oui  Non  (Au max 3 adresses pour l'élève)

### INTERVENANT-E 3

Type : Mère  Père  Grand-mère  Grand-père  Belle-mère  Beau-père   
Responsable éducatif-ve  Curateur-trice/tuteur-trice  Autre :  \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin   
(En lettres majuscules)

Domicile Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ☎ Domicile \_\_\_\_\_  
N° postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ 📱 Mobile \_\_\_\_\_  
☎ Prof. \_\_\_\_\_ ✉ Courriel \_\_\_\_\_

Adresse d'hébergement de l'élève : Oui  Non  (Au max 3 adresses pour l'élève)

### INTERVENANT-E 4

Type : Mère  Père  Grand-mère  Grand-père  Belle-mère  Beau-père   
Responsable éducatif-ve  Curateur-trice/tuteur-trice  Autre :  \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin   
(En lettres majuscules)

Domicile Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ☎ Domicile \_\_\_\_\_  
N° postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_ 📱 Mobile \_\_\_\_\_  
☎ Prof. \_\_\_\_\_ ✉ Courriel \_\_\_\_\_

### BESOINS ÉDUCATIFS PARTICULIERS (BEP)

L'élève a-t-elle/il été, durant sa scolarité obligatoire, au bénéfice de mesures visant à pallier un handicap (troubles DYS ou autres) ? Oui  Non

L'élève souhaite-t-elle/il être mis-e au bénéfice de mesures visant à pallier un handicap durant sa scolarité postobligatoire ? Oui  Non

Si oui, merci de joindre une attestation actualisée à votre demande.

### CURSUS

Nom de la dernière école suivie \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Degré \_\_\_\_\_

Date de la dernière année scolaire \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Titre(s) obtenu(s) (CFC ou diplôme) \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

### FORMATION (UNIQUEMENT À LA CHAUX-DE-FONDS)

Formation **BYOD** (Bring Your Own Device) nécessitant un ordinateur ou une tablette personnel-le pour le suivi des cours en école.

CFC d'assistant-e dentaire (3 ans en apprentissage)

Durée de la formation : date de début \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_\_

### ENTREPRISE FORMATRICE

Raison sociale \_\_\_\_\_

Rue et n° \_\_\_\_\_ Case postale \_\_\_\_\_ NP-Localité \_\_\_\_\_

☎ Prof. \_\_\_\_\_ ✉ Courriel \_\_\_\_\_

### FORMATEUR(-TRICE) EN ENTREPRISE (POUR LE SUIVI DES ABSENCES ET DIVERSES INFORMATIONS PAR COURRIEL)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Féminin  Masculin

☎ Direct \_\_\_\_\_ 📱 Mobile \_\_\_\_\_ ✉ Courriel \_\_\_\_\_

### SIGNATURES

J'ai pris connaissance du fait que les cours professionnels en école se déroulent sur le site Progrès, à la Chaux-de-Fonds, et qu'il est nécessaire d'avoir un ordinateur ou une tablette personnel-le pour le suivi de ces cours (BYOD, Bring Your Own Device).

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature de l'entreprise formatrice \_\_\_\_\_

Signature de l'élève \_\_\_\_\_ Signature des parents,  
du-de la représentat-e légale \_\_\_\_\_

### CE FORMULAIRE EST A ENVOYER AU :

CPNE – Pôle Santé et Social, Progrès 40, 2300 La Chaux-de-Fonds

☎ Téléphone : 032 886 36 04 / ✉ Courriel : [cpne-2s@rpn.ch](mailto:cpne-2s@rpn.ch)

### Accompagné impérativement :

- Du bulletin semestriel de 11<sup>e</sup> année
- D'une photo passeport