



| | | |
|------------------|----------------|-------------------------|
| Laisser en blanc | N° de dossier: | Date d'entrée au SEFRI: |
|------------------|----------------|-------------------------|

Obtention a posteriori du titre d'une HES

- « ergothérapeute dipl. » / « ergothérapeute dipl. »
 « diététicienne dipl. » / « diététicien dipl. »
 « sage-femme dipl. »
 « physiothérapeute dipl. » / « physiothérapeute dipl. »

Veuillez remplir toutes les rubriques du formulaire (PC, machine à écrire ou à la main en caractères d'imprimerie).

Prière d'indiquer la date et de signer le formulaire.

Madame Monsieur / Nom / prénom

| | |
|-------------------|-----------------------|
| Rue, n° | Tél. prof. |
| Case postale | Tél. portable |
| NPA / Lieu | E-mail |
| Date de naissance | Lieu / pays d'origine |
| Date | Signature |

Emolument (veuillez cocher ce qui convient)

- A) Je souhaite recevoir **uniquement** une **décision relative** au titre HES
 B) **En plus**, je souhaite recevoir un **Diploma supplement**
 C) **En plus**, je souhaite recevoir un **diplôme imprimé**

A verser lors de la présentation de la demande : Fr. 150.—

A verser lors de la présentation de la demande : + Fr. 25.--

A verser lors de la présentation de la demande : + Fr. 25.--

| | | Documents | Remarques (laisser en blanc) |
|--|--|---|------------------------------|
| Formation achevée | | | |
| Désignation actuelle de l'école | | | |
| Nom de la filière | | | |
| Diplôme et Certificat de reconnaissance CRS (dénomination) | | <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Copie certifiée | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| exacte du titre) | | conforme du diplôme | |
| Date de l'obtention | | | |
| Expérience professionnelle acquise à partir du 01.06.2001 Employeur, lieu | | <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Copies certifiées conformes des certificats de travail et/ou des attestations | |
| Fonction occupée | | | |
| Durée (en mois) Taux d'occupation (en %) | | Présentation sous forme de liste avec indication du nombre total de mois | |
| Cours postgrade, niveau haute école, domaine d'études de la santé - Titre - Numéro sur la liste positive | | <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Copie certifiée conforme du diplôme du diplôme ou du certificat | |
| Institution où le cours postgrade a été suivi | | | |
| Durée (l'attestation doit faire état d'un minimum de 200 heures de formation) ou de 10 points ECTS) | | | |
| Titre de légitimation Carte d'identité ou passeport | | <input type="checkbox"/> Copie simple | |

Veuillez envoyer votre demande à l'adresse suivante:

Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI
Unité Procédures de recours et questions juridiques / **OPT-HES**
Einsteinstrasse 2
3003 Berne

(bulletin de versement et avec code QR)

Récapitulé

Compte / Payable à
CH11 0900 0000 3051 0588 2
Secrétariat d'Etat à la form., à la recherche et
à l'innovation SEFRI
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Payable par (nom/adresse)

┌

└

┌

└

Monnaie Montant ┌
CHF ┌

└

└

└

Point de dépôt

Section paiement



Monnaie Montant
CHF ┌

└

Compte / Payable à

CH11 0900 0000 3051 0588 2
Secrétariat d'Etat à la form., à la recherche et à
l'innovation SEFRI
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Informations supplémentaires

NTE

Payable par (nom/adresse)

┌

└

└

└

└