



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. 100.--

A verser lors de la présentation
de la demande : + Fr. 20.--

A verser lors de la présentation
de la demande : + Fr. 75.--

		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
Reconnaissance des diplômes
OPT-HES
Einsteinstrasse 2
3003 Berne

(bulletin de versement et avec code QR)

Récapissé

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)

┌

┐

┌

┐

┌