

DEMANDE D'AUTORISATION DE FORMER

Pour les entreprises formant pour la première fois dans la profession

Demande d'autorisation de former
Profession <input type="text"/>
Option / Branche / Profil <input type="text"/>

Entreprise	
Raison sociale	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
NPA Localité	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Télécopie	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>

Chef d'établissement	
Nom et prénom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Titulaire du :	<input type="checkbox"/> CFC de <input type="text"/> Obtenu en <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Brevet de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Maîtrise/diplôme de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Autres <input type="text"/>
Cours pour formateurs en entreprise	<input type="checkbox"/> suivi en (année) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> non suivi

Joindre copies : CFC, brevet, maîtrise, diplôme, ...

Personne responsable de la formation	
Nom et prénom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Titulaire du :	<input type="checkbox"/> CFC de <input type="text"/> Obtenu en <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Brevet de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Maîtrise/diplôme de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Autres <input type="text"/>
Cours pour formateurs en entreprise	<input type="checkbox"/> suivi en (année) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> non suivi

Joindre copies : CFC, brevet, maîtrise, diplôme, ...

Sceau et signature de l'entreprise	
Lieu	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>
<input type="text"/>	

À retourner à l'adresse ci-dessous :

Case Postale 670, 1951 Sion
 Tél. 027 606 42 50 · sfop-contrat@admin.vs.ch



Merci de compléter le formulaire ci-dessous uniquement si vous avez déjà un-e candidat-e

Renseignements relatifs à l'apprenti-e (Obligation de compléter toutes les données)

Mme M.

Nom

Prénom

No NAVS

Date de naissance

Fils/fille de

Commune d'origine (pour les suisses)

Pays d'origine* (pour les étrangers)

Permis de séjour*

Rue et no

NPA et localité

Commune

Langue maternelle (1ère langue)

Ecole précédemment suivie

Année de programme

Téléphone

(facultatif)

Portable

(facultatif)

Courriel

(facultatif)

Début de l'apprentissage

Langue dans laquelle l'apprenti-e suit les cours

Français

Allemand

* joindre copie du permis de séjour

Représentant légal

Nom

Prénom

Rue et no

NPA et localité

Téléphone

Portable

Courriel

Observations

mm/Janvier 2019