

DOSSIER DE CANDIDATURE**CERTIFICAT EN SOINS PÉDIATRIQUES (CSPED)**

Nom :	Prénom :
Né-e le :	Originaire de :
Nationalité :	N° AVS :
Adresse privée complète :	<input type="checkbox"/> e-mail privé :
	<input type="checkbox"/> e-mail professionnel :
<input type="checkbox"/> Portable privé : <input type="checkbox"/> Professionnel :	Profession : Taux d'activité % :
Adresse de l'employeur :	Nom du service/unité de soins :

INSCRIPTION *cochez ce qui convient*

- Certificat en soins pédiatriques (deux modules) _____ inscription : CHF 200.- ; écolage CHF 4900.-
 Module nouveau-né hospitalisé, uniquement _____ inscription : CHF 100.- ; écolage CHF 3000.-
 Module enfant à l'hôpital, uniquement _____ inscription : CHF 100.- ; écolage CHF 3000.-
Avez-vous déjà validé l'un ou l'autre des modules ? oui non
Si oui, lequel ? dans ce cas, inscription : CHF 100.- ; écolage CHF 1900.-

FACTURATION *cochez ce qui convient*

Candidat-e-s externes au CHUV, les factures seront adressées à : *cochez ce qui convient*

Frais d'inscription

- l'adresse privée du / de-la candidat-e
 l'employeur

Frais d'écolage

- l'adresse privée du / de-la candidat-e
 l'employeur

Collaborateurs-trices du CHUV

Frais d'inscription : envoyés à l'adresse privée du ou de la collaborateur-trice, à sa charge sans remboursement.

Frais d'écolage : à charge du CHUV, sans facturation.

Ce formulaire est à nous envoyer dûment rempli et signé, avec les documents suivants :

- Une photocopie du diplôme professionnel
- Une photographie format passeport
- L'annexe 1 « Désignation d'un responsable de formation pratique » dûment remplie et signée (p.2)
- L'annexe 2 « Expériences professionnelles » dûment remplie (p.3)

Par leur signature, les personnes confirment qu'elles ont pris connaissance et acceptent le règlement du CSPED disponible sur le site du [Centre des formations du CHUV](#)

Lieu et date		Signature candidat-e	
Lieu et date		Signature employeur (+ timbre)	

ENVOYER A : Centre des formations CHUV

Inscription CSPED
Avenue Crousaz 10
Bureau 02 - 256
1010 Lausanne
salvador.siegfried@chuv.ch

Renseignements :

Salvador Siegfried
Mobile : 079 556 80 49
Tél fixe : 021 314 54 69

Désignation d'un-e responsable de formation pratique

Le responsable de formation pratique (RFP) est, en priorité, un cadre de gestion de proximité (ICUS) du service clinique de soins dans lequel est engagée la personne en formation. Le cadre joue un rôle-clé dans le soutien et la pose de normes de conduite du ou de la participant-e qui met en oeuvre les compétences visées par la formation.

La formation pratique est un temps d'apprentissage de 2 jours par module. Les modalités d'accompagnement clinique et le rôle des différents acteurs sont définis dans le concept de formation pratique du référentiel d'études disponible sur le site [Centre des formations du CHUV](#)

Le RFP effectuera un bilan de départ et final avec la personne en formation.

Les responsables de modules établiront un lien avec le RFP.

Nom et prénom du ou de la responsable de formation pratique :

.....

Fonction:

.....

Téléphone et adresse email :

.....

Nom et prénom de la personne en formation:

.....

Lieu et date		Signature du RFP	
--------------	--	------------------	--

Lieu et date		Signature de l'employeur (+ timbre)	
--------------	--	--	--

