



Inscription

2^e chance pour une 1^{re} formation

Prière de cocher tout ce qui vous concerne

J'ai lu et compris les informations sur le **site web**.

J'ai pu clarifier mes questions en suspens lors d'un **entretien de consultation**.

Je remplis les conditions suivantes :

J'ai au moins 25 ans.

Je **n'ai pas fini** de première formation (formation professionnelle ou école moyenne).

J'habite officiellement le **canton de Berne**.

Je suis capable de bien communiquer en français à l'oral et à l'écrit (niveau B1 min.)

Je suis très motivé·e et je souhaite suivre une formation professionnelle qui dure plusieurs années.

Je ne reçois **aucune** rente de l'assurance invalidité (AI).

Je **ne suis pas** dans l'attente d'une décision de rente à l'assurance invalidité (AI).

Je n'ai **pas assez** de revenu et de fortune pour financer moi-même une formation.

Je peux vivre avec des revenus financiers limités pendant la période de formation.

Données personnelles

Civilité

Nom

Prénom

Adresse du domicile

NPA / Lieu

Date de naissance

N° de téléphone / mobile

Adresse e-mail

N° AVS

(Vous trouverez le n° AVS sur votre carte d'assurance-maladie ou sur votre certificat AVS)

Nationalité

Suisse

Lieu d'origine :

Autre

Pays d'origine :

Depuis quand vivez-vous en Suisse ?

Permis de séjour (C, B, F, autre)

Première langue

Français

Autre :

Situation familiale

Informations sur la famille et le domicile

Etat civil : Célibataire Marié-e Divorcé-e Veuf/Veuve Autre

Situation du ménage

Nombre d'enfant(s)

Nombre de personnes vivant dans le ménage

Informations sur le/la partenaire

Nom

Prénom

Date de naissance

Profession/Fonction

Employeur

Taux d'activité en %

Êtes-vous actuellement en emploi ?

Non

Oui

Profession/Fonction

Taux d'activité en %

Employeur

Autre(s) institution(s) impliquée(s)

Service social

ORP

AI

OP Centres d'orientation professionnelle

Aucune

Autre :

Institution / Personne de contact avec nom et fonction / Numéro de téléphone / Adresse e-mail

Recevez-vous un soutien financier de la part de l'institution ?

Oui

Non

Formation souhaitée

Quelle formation souhaitez-vous faire ?

Avez-vous déjà une place de formation en vue ? si oui, où ?

Expérience professionnelle

Activité / Employeur / Lieu / Durée (du - au)

Formation(s) professionnelle(s)

Formation(s) achevée(s) en Suisse et/ou à l'étranger

Nom de la formation / Nom de l'école ou de l'entreprise / Lieu / Pays / Date d'obtention du diplôme

Formation(s) abandonnée(s) en Suisse et/ou à l'étranger

Nom de la formation / Nom de l'école ou de l'entreprise / Lieu / Pays / Date de l'abandon

Parcours scolaire

Scolarité obligatoire: quelle(s) école(s) avez-vous suivie(s)?

Nom de l'école

Lieu

Nombre d'années
d'école suivies

Nom de l'école

Lieu

Nombre d'années
d'école suivies

Avez-vous fréquenté d'autre(s) école(s) après la scolarité obligatoire ?

Non

Oui

laquelle/lesquelles ?

Avez-vous suivi un ou des cours ? (par ex. Cours de langue, cours d'informatique, permis de cariste, etc.)

Non

Oui

lequel/lesquels ?

Comment avez-vous eu connaissance du projet ?

Par une connaissance	Médias sociaux	Journal	Service social
Internet	Flyer	OP	Autre

Déclaration de consentement

Votre inscription ne pourra être traitée que si vous acceptez tous les points suivants :

Je certifie que les informations que j'ai fournies sont complètes et exactes.

Je suis d'accord pour que des informations ci-dessus soient échangées entre les institutions suivantes en vue de l'évaluation et de l'éventuelle admission au projet "2^e chance pour une 1^{re} formation" : Conseillers OP / Service spécialisé des diplômes professionnels pour adultes, Fondation Stanley Thomas Johnson (responsable de la décision), éventuellement d'autres institutions telles que le service social ou l'école professionnelle.

Je suis conscient-e que l'admission au projet "2^e chance pour une 1^{re} formation" n'est **pas garantie**. Une fois l'évaluation faite à l'OP, je dois envoyer un dossier d'admission à la Fondation Stanley Thomas Johnson qui décidera si oui ou non je peux bénéficier du projet.

Lieu / Date

Signature

Veuillez envoyer le formulaire complété et signé par mail à dpa@be.ch.

Ou par courrier postal à :

OP Tramelan
Service spécialisé des diplômes professionnels pour adultes
Chemin des Lovières 13
2720 Tramelan