



FORMULAIRE D'INSCRIPTION FORMATION DROGUISTE CFC

202.01DT(1)02.ESD

Début: Août 20...

Données personnelles de l'élève

Sexe M F

Nom: Prénom:

Rue : No:

NP : Localité: Canton:

Tél. privé: Tél. mobile: E-Mail :

Date de naissance: Numéro AVS :

Lieu d'origine: Canton: Langue maternelle: Nationalité:

Représentant légal (à remplir pour les mineurs)

Nom: Prénom:

Rue: No:

NP Localité: Canton:

Tél. privé: Tél. mobile: E-Mail :

Date de naissance: Numéro AVS : → **Données importantes ! A remplir merci**

Représentant fiscal (à remplir pour les mineurs et les majeurs en dessous de 25 ans)

Nom: Prénom:

Rue: No:

NP Localité: Canton:

Tél. privé: Tél. mobile: E-Mail :

Date de naissance: Numéro AVS : → **Données importantes ! A remplir merci**

Maître d'apprentissage

Raison sociale:

Nom du responsable:

Rue: No: Tél.:

NP Localité: Canton:

Certificat de capacité/Formations CFC d'assistant(e) en pharmacie Certificat de culture générale
 Autres CFC Maturité

Merci de joindre une copie

....., le 20..... **Signature:**.....