**CAS PRATICIEN FORMATEUR**

**Demande d’admission CAS de praticien formateur**

**Vos données personnelles :**

Titre  Madame  Monsieur

Nom

Prénom

Adresse Rue

NP       Lieu

Email      @

Téléphone       Mobile

**Vos données professionnelles :**

Taux d’activité       %

Degré d’enseignement  1H  2H  3H  4H

5H  6H  7H  8H

Etablissement scolaire

NP       Lieu

Inscription à la première session de formation :

J’ai pris connaissance des informations relatives à la formation CAS ainsi que de ses modalités et je m’y inscris. Inscription définitive à la fin des deux premiers jours de formation.

Date : ……………………………………… Signature : ………………………………………

Ce document complété est à envoyer à :

Haute Ecole Pédagogique

Formation PF

Isabelle Truffer Moreau

Av. du Simplon 13

1890 St Maurice