**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