

**IFFP**INSTITUT FÉDÉRAL DES  
HAUTES ÉTUDES EN  
FORMATION PROFESSIONNELLE*L'excellence suisse  
en formation professionnelle***BULLETIN D'INSCRIPTION – DCG****FORMATION 1800H ENSEIGNANT CULTURE GENERALE**

I Vous	
Qualificatif	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom	
Prénom	
Adresse	
NPA	
Domicile	
Canton	<input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Date de naissance	
Lieu d'origine/canton/pays	
Nationalité	
No AVS	
Tél. privé	
Portable privé	
Courriel	
No immatriculation	

<b>II Vous dans votre établissement de formation / entreprise</b>	
Vos apprenant-e-s, apprenti-e-s ou étudiant-e-s	<input type="checkbox"/> Préapprentissage, semestre de motivation, OPTI ... <input type="checkbox"/> Institution sociale <input type="checkbox"/> FE / Formation professionnelle initiale (FPA - 2 ans) <input type="checkbox"/> Certificat fédéral de capacité (CFC) <input type="checkbox"/> Maturité professionnelle (MP) <input type="checkbox"/> Formation d'adultes / Ecole supérieure (ES) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Votre taux d'activité actuel dans la formation	%
Dont en	<input type="checkbox"/> Théorie : %
De quel(s) secteur(s) de l'économie proviennent vos apprenant-e-s, apprenti-e-s ou étudiant-e-s	<input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Artisanat <input type="checkbox"/> Arts appliqués <input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Industrie <input type="checkbox"/> Santé <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Sylviculture <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Branches enseignées Précisez	<input type="checkbox"/> Pratique professionnelle : <input type="checkbox"/> Théorie – Branches professionnelles : <input type="checkbox"/> Théorie – Culture générale (selon le PEC CG) <input type="checkbox"/> Théorie – Maturité professionnelle :
Tél. direct	
Courriel prof	

**Votre mentor-e**

Nom, prénom	
Ecole/entreprise	
Tél. privé	
Courriel privé	
Tél. direct prof	
Courriel prof	
Portable	

**III Votre établissement de formation / entreprise**

Canton	<input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Nom	
Adresse	
NPA	
Lieu	
Tél. principal	
Direction ou représentant de l'autorité de nomination	

