



Laisser en blanc

N° de dossier:

Date d'entrée à l'OFFT:

Obtention a posteriori du titre d'une HES

- « ergothérapeute dipl. » / « ergothérapeute dipl. »
 « diététicienne dipl. » / « diététicien dipl. »
 « sage-femme dipl. »
 « physiothérapeute dipl. » / « physiothérapeute dipl. »

Veuillez remplir toutes les rubriques du formulaire (PC, machine à écrire ou à la main en caractères d'imprimerie).

Prière d'indiquer la date et de signer le formulaire.

Madame Monsieur / Nom / prénom

Rue, n°

Tél. prof.

Case postale

Tél. portable

NPA / Lieu

E-mail

Date de
naissance

Lieu / pays
d'origine

Date

Signature

Emolument (veuillez cocher ce qui convient)

- A) Je souhaite recevoir **uniquement** une **décision relative** au titre HES
 B) **En plus**, je souhaite recevoir un **Diploma supplement**
 C) **En plus**, je souhaite recevoir un **diplôme imprimé**

A verser lors de la présentation
de la demande : Fr. 100.—

A verser lors de la présentation
de la demande : + Fr. 20.--

A verser lors de la présentation
de la demande : + Fr. 75.--

		Documents	Remarques (laisser en blanc)
Formation achevée			
Désignation actuelle de l'école			
Nom de la filière			
Diplôme et Certificat de reconnaissance CRS (dénomination exacte du titre)		<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Copie certifiée conforme du diplôme	

Date de l'obtention			
Expérience professionnelle acquise à partir du 01.06.2001 Employeur, lieu		<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Copies certifiées conformes des certificats de travail et/ou des attestations	
Fonction occupée			
Durée (en mois) Taux d'occupation (en %)		Présentation sous forme de liste avec indication du nombre total de mois	
Cours postgrade, niveau haute école, domaine d'études de la santé Titre		<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Copie certifiée conforme du diplôme du diplôme ou du certificat	
Institution où le cours postgrade a été suivi			
Durée (l'attestation doit faire état d'un minimum de 200 heures de formation) ou de 10 points ECTS)			
Titre de légitimation Carte d'identité ou passeport		<input type="checkbox"/> Copie simple	

Veuillez envoyer votre demande à l'adresse suivante:
Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT)
Centre de prestations Hautes écoles spécialisées / OPT S
Effingerstrasse 27
3003 Berne

Compte de chèques postal: 30-424648-1 (mention: OPT S)