

DOSSIER DE CANDIDATURE

CERTIFICAT EN SOINS PÉDIATRIQUES (CSPED)

Nom :	Prénom :
Né·e le :	Originaire de :
Nationalité :	N° AVS :
Adresse privée complète :	Adresse e-mail privée :
	Adresse e-mail professionnelle :
☎ Portable privé :	Profession :
☎ Professionnel :	Taux d'activité : %
Adresse de l'employeur :	Nom du service/unité de soins :

INSCRIPTION *cochez ce qui convient*

- ☐ Certificat en soins pédiatriques (deux modules) _____ inscription : CHF 200.- ; écolage CHF 4900.-
- ☐ Module nouveau-né hospitalisé, uniquement _____ inscription : CHF 100.- ; écolage CHF 3000.-
- ☐ Module enfant à l'hôpital, uniquement _____ inscription : CHF 100.- ; écolage CHF 3000.-
- Avez-vous déjà validé l'un ou l'autre des modules ? ☐ oui ☐ non
- Si oui, lequel ? dans ce cas, inscription : CHF 100.- ; écolage CHF 1900.-

FACTURATION

Candidat·e·s externes au CHUV, les factures seront adressées à : *cochez ce qui convient*

Frais d'inscription

- ☐ l'adresse privée du / de la candidat·e
- ☐ l'employeur

Frais d'écolage

- ☐ l'adresse privée du / de la candidat·e
- ☐ l'employeur

Collaborateurs·trices du CHUV

Frais d'inscription et d'écolage : pris en charge par l'employeur

Ce formulaire est à nous envoyer dûment rempli et signé, avec les documents suivants :

- Une photocopie du diplôme professionnel
- Une photographie format passeport
- L'annexe 1 « Désignation d'un responsable de formation pratique » dûment remplie et signée (p.2)
- L'annexe 2 « Expériences professionnelles » dûment remplie (p.3)

Par leur signature, les personnes confirment qu'elles ont pris connaissance et acceptent le règlement du CSPED disponible sur le site du [Centre des formations du CHUV](http://www.chuv.ch/formation)

Lieu et date		Signature candidat·e	
Lieu et date		Signature employeur (+ timbre)	

ENVOYER A : Centre des formations CHUV
Inscription CSPED
Avenue Crousaz 10, Bureau 01-102
1010 Lausanne
salvador.siegfried@chuv.ch

Renseignements: Salvador Siegfried
Tél direct : 079 556 80 49
Tél secrétariat : 021 314 05 02
salvador.siegfried@chuv.ch

ANNEXE 1

Désignation d'un-e responsable de formation pratique

Le responsable de formation pratique (RFP) est, en priorité, un cadre de gestion de proximité (ICUS) du service clinique de soins dans lequel est engagée la personne en formation. Le cadre joue un rôle-clé dans le soutien et la pose de normes de conduite du ou de la participant-e qui met en œuvre les compétences visées par la formation.

La formation pratique est un temps d'apprentissage de 2 jours par module. Les modalités d'accompagnement clinique et le rôle des différents acteurs sont définis dans le concept de formation pratique du référentiel d'études disponible sur le site [Centre des formations du CHUV](#)

Le RFP effectuera un bilan de départ et final avec la personne en formation.

Les responsables de modules établiront un lien avec le RFP.

Nom et prénom du ou de la responsable de formation pratique :

.....

Fonction :

.....

Téléphone et adresse e-mail :

.....

Nom et prénom de la personne en formation :

.....

Lieu et date		Signature du RFP	
--------------	--	------------------	--

Lieu et date		Signature de l'employeur (+ timbre)	
--------------	--	--	--

ANNEXE 2

Expériences professionnelles

Décrire brièvement votre lieu de travail et les situations de soins rencontrées (maximum 1 page)

[illegible]