VISION S
Formation continue HES
Santé — Social Genève

Complément d'informations au formulaire d'inscription

DAS HES-SO SDIS 2027
Dossier d'inscription à transmettre avant le 22 mars 2027

Je sousssigné-e, _____

ai participé à la séance d'information du
o 19 janvier 2027
o 9 février 2027
o 2 mars 2027

A propos de votre employeur et du secteur d'activité,

Employeur (nom de l'institution) : _____ Canton (VD,GE, FR, etc) : _____

Statut de l'établissement (privé, public, subventionné, autres) : _____

Type de prestations (éducatif, social, santé, animation, handicap) : _____

Public accueilli (enfance, adolescence, adulte, personne âgée) : _____

Type d'accueil du public (résidentiel, non résidentiel) : _____

Nombre de personnes accueillies : _____

Nombre de personnes employées : _____

Nombre de poste de travail en % : _____

A propos de votre fonction

Votre fonction : _____

Votre position hiérarchique (direction, carde supérieur, cadre intermédiaire) :

Votre taux d'activité dans la fonction de direction : _____ Depuis le : _____

Vos responsabilités principales : _____

Combien de collaboratrices et collaborateurs dirigez-vous ? _____

Je possède des bases de comptabilité (oui/non) : _____

J'assure une responsabilité financière au sein de mon institution (oui/non) :

A propos de votre situation professionnelle

Envisagez-vous un changement professionnel ? (non/oui) : _____

Si oui, quelle serait votre nouvelle fonction ?: _____ A quelle échéance ? : _____

Dans quel type d'institution ? (le même/un autre) : _____Si autre dans quel secteur d'activité ?: _____

Facturation

Frais de dossier :	CHF 200.- (à payer via le formulaire électronique)
Coût de la formation DAS :	CHF 16'700.- (une facture vous parviendra dès la confirmation de votre inscription)

J'accorde à la HETS-Genève, et ce sans compensation, la permission d'utiliser les images me représentant pour toute publication, diffusion, présentation, promotion, exposition ou communication en lien avec les activités de l'institution, que ce soit sous forme imprimée ou digitale (oui/non) : _____

Lieu, date : …….. Signature…….