

**Inscription à l'examen d'admission du brevet SSO
d'assistante en prophylaxie
OrTra Neuchâtel santé-social
Session : ASP-26-009**

Données personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA - Lieu : _____

Téléphone privé : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Lieu d'origine : _____

Stage pratique - Adresse de l'employeur

Nom : _____

Adresse : _____

NPA – Lieu : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Stage pratique – Responsable de stage

Nom : _____

Prénom : _____

E-mail : _____

Langues

Langue maternelle : _____

Langues étrangères : _____

Formation

Écoles : _____ années (de / à)

École primaire : _____

École secondaire _____

Autres écoles _____

Formation professionnelle/apprentissage de

École professionnelle (lieu) _____

Activités antérieures et conditions d'emploi

Nom et adresse du lieu de stage pendant la formation complémentaire d'ASP. À ne remplir que s'il ne s'agit **pas** de la même adresse que sur la page précédente.

Date

Signature
