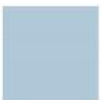


**Demande de reconnaissance
des cours d'auxiliaire de santé**

Berne, 1^{er} février 2025



Demande de reconnaissance des cours d'auxiliaire de santé

(à remplir par le prestataire)

Nom et adresse du prestataire de formation

Personne de contact

Fonction

Adresse électronique

N° de téléphone

Demande de reconnaissance du cours suivant

Dans les régions linguistiques suivantes

FR DE IT

Lieu, date, signature

La demande remplie, l'autoévaluation (grille d'évaluation remplie) ainsi que tous les justificatifs et documents nécessaires doivent être envoyés par email. Les documents soumis doivent être énumérés nommément dans le tableau ci-dessous, colonne « documents soumis par le prestataire ». Chaque document soumis est répertorié avec l'indication du critère à évaluer et le numéro de la page correspondante.



Liste des documents de référence et des documents soumis

| | Documents soumis par le prestataire Désignation du document soumis | Numéro du critère / des critères d'évaluation (indication du numéro de la page entre parenthèses, où l'exigence peut être vérifiée) | | | Remarques sur le document concerné |
|----|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | | 1. Conditions cadres | 2. Critères de contenu | 3. Personnel enseignant | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

| | Documents soumis par le prestataire Désignation du document soumis | Numéro du critère / des critères d'évaluation (indication du numéro de la page entre parenthèses, où l'exigence peut être vérifiée) | | | Remarques sur le document concerné |
|----|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | | 1. Conditions cadres | 2. Critères de contenu | 3. Personnel enseignant | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

