

Formulaire d'annonce à la CIS II

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Coordonnées de la personne en formation

AVS 13 / NSS : 756.	Date de naissance :
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
NPA :	Localité :

Voie de formation :

<input type="checkbox"/> École de maturité	<input type="checkbox"/> École de culture générale	<input type="checkbox"/> Guichet T1
<input type="checkbox"/> École de commerce	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle duale	<input type="checkbox"/> École de métiers

Niveau de formation (pour la formation professionnelle) :

<input type="checkbox"/> CFC ¹	<input type="checkbox"/> AFP ²	<input type="checkbox"/> Préapprentissage
Année de formation :	<input type="checkbox"/> 1 ^{re}	<input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e <input type="checkbox"/> 4 ^e
Nationalité :	Permis :	et date d'arrivée en Suisse :
Langue maternelle : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autre :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	
E-mail :		

Coordonnées du/de la représentant-e légal-e (uniquement pour les mineur-e-s)

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Curatelle
Nom :	Prénom :	
Adresse :		
NPA :	Localité :	
Langue maternelle : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> autre :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	
E-mail :		
Besoin d'un-e interprète en cas d'entretien :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Coordonnées du/de la référent-e CIS II

Nom et adresse de l'établissement :	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	E-mail :

¹ Certificat fédéral de capacité

² Attestation fédérale de formation professionnelle

DONNÉES MÉDICALES

Coordonnées du médecin

Nom :	Prénom :
Discipline :	Téléphone :
Adresse :	

Informations médicales connues

OBSERVATIONS

Parcours de formation

Observations de l'établissement (notes, comportement, stages réalisés, ...) :

Observations du réseau de soutien (réseau santé, CApp³, travailleurs/ses sociaux/ales, psychologues, etc.) si existantes (bilans, orientation, tests effectués, ...) :

Difficultés observées dans le contexte de formation

³ Conseillers/ères aux apprenti-e-s (CApp)

Suivi particulier (DGEJ⁴, EVAM⁵, AccEnt⁶, etc.) : Oui Non
Si oui, préciser lequel :

Remarques du/de la représentant-e légal-e (uniquement pour les mineur-e-s)

Éléments particuliers, mesures ou soutiens déjà en place, autres

Par sa signature, la personne concernée confirme avoir été dûment informée et consentir à la collecte, au traitement et à la transmission des données figurant dans le présent formulaire à toute personne susceptible d'intervenir dans le cadre de l'accomplissement des missions de la CIS II, en conformité avec la législation en vigueur relative à la protection des données.

Il est précisé que l'objectif du traitement de ces données est de permettre d'analyser la situation de la personne concernée sous l'angle de son maintien en formation secondaire et, au besoin, de l'orienter vers les solutions adaptées à sa situation.

Les données collectées sont traitées et conservées dans le cadre de la structure administrative de la CIS II.

Date de la demande :

Signature de la personne concernée :

Pour les mineur-e-s, signature du/de la représentant-e légal-e⁷ :

⁴ Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ)

⁵ Établissement Vaudois d'Accueil des Migrants (EVAM)

⁶ Accompagnement en entreprise (AccEnt)

⁷ Si le consentement a été obtenu oralement, il est nécessaire de documenter dans cet espace les informations relatives à la personne qui a consenti. Ces informations doivent contenir la date, la modalité (par ex. par téléphone), le nom et le prénom. De même, les informations relatives à la personne qui a obtenu le consentement doivent être complétées, à savoir son nom et prénom et sa signature.

Nous vous remercions de joindre en annexe au présent formulaire tout document complémentaire utile (voir document : « *Critères d'éligibilité pour une transmission à la CIS II* »), ainsi que d'envoyer le dossier complet à l'adresse suivante :

Cellule InterServices
CP 280
1800 Vevey

ou par e-mail

cis@vd.oai.ch

021 925 47 82