



Direction générale
de l'enseignement
postobligatoire

Rue Saint-Martin 26
1014 Lausanne

Soutien pour votre entrée en AFP

Formulaire destiné aux candidates et candidats à l'AFP

Vous allez entrer en AFP. Pour mettre toutes les chances de votre côté, vous pouvez transmettre ci-dessous des informations utiles au bon déroulement de votre formation.

Vous souhaitez de l'aide pour remplir ce formulaire ?

Contactez la conseillère ou le conseiller en orientation professionnelle de votre établissement scolaire, de l'École de la Transition (ÉdT), du COFOP, du SeMo, ou de l'Office d'orientation scolaire et professionnelle de votre région :

<https://www.vd.ch/toutes-les-autorites/departements/departement-de-enseignement-et-de-la-formation-professionnelle-def/direction-generale-de-enseignement-postobligatoire-dgep/ocosp/contact-orientation-scolaire-et-professionnelle/>

Ce formulaire doit être retourné à la Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP) à l'aide de l'enveloppe jointe.

Comment remplir ce formulaire ?

- Remplissez complètement ce formulaire.
- Signez le formulaire et faites-le également signer à la personne qui vous représente légalement si vous n'avez pas atteint l'âge de la majorité.
- Renvoyez ce formulaire à l'aide de l'enveloppe jointe.

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Merci d'indiquer le(s) nom(s) et prénom(s) figurant sur
vos papiers d'identité officiels

Candidate/Candidat	
Nom(s) :	Prénom(s) :
Dernier établissement scolaire fréquenté :	
Date de naissance :	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Domicile - Rue et n° :	
NPA et localité :	
N° de téléphone privé :	
Adresse E-mail :	

Origine de la candidate/du candidat	
Nationalité :	Nationalité 2 :
Permis de séjour (établissement) : B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Année d'arrivée en Suisse :	
En quelle année avez-vous débuté l'apprentissage du français ?	
Si vous le connaissez, indiquez votre niveau actuel de français :	
A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/>	
Langue(s) maternelle(s) :	

DONNÉES PERSONNELLES

Parcours de formation
Avez-vous déjà débuté une/des formation(s) professionnelle(s) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, la/lesquelle(s) :
Dans quelle(s) entreprise(s) :
Quel(s) titre(s) (diplôme(s) certificat(s), etc.) avez-vous obtenu(s) ?
Besoins particuliers de santé
Avez-vous un problème de santé à signaler à votre future école ?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, autorisez-vous l'infirmière scolaire à vous contacter ?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres besoins

Est-ce que bénéficier d'un suivi logopédique (prise en charge jusqu'à 20 ans) serait une aide pour votre formation ?

Oui Non

Pour continuer un suivi actuel ou en obtenir un, merci de contacter le Service PPLS de votre région : <https://www.vd.ch/themes/formation/pedagogie-specialisee/psychologues-psychomotriciens-et-logopedistes/services-ppls/>

Avez-vous besoin d'aménagements de l'enseignement (par ex. temps supplémentaire, vérification de la compréhension des consignes, etc.) ?

Oui Non

Si oui, merci de bien vouloir **joindre une attestation ou un certificat médical (obligatoire)** et de préciser les aménagements souhaités :

Est-ce que bénéficier d'un soutien scolaire serait une aide pour votre formation ?

Oui Non

Si non, passez à la page suivante.

Si oui, avez-vous un « accompagnement socio-professionnel » par l'un de ces prestataires ? Si oui, cochez lequel :

ACCENT

ORIF

COFOP

REPUIS

FORJAD

Autre, veuillez préciser :

Si oui, précisez le nom et prénom de la personne qui s'occupe de votre suivi :

Pour quelles raisons et dans quelle(s) branche(s) pensez-vous que ce soutien serait nécessaire ?

AUTORISATION

Les soussignés autorisent la collecte des informations nécessaires par les professionnels en charge de son dossier. Ces informations sont les suivantes :

- coordonnées administratives ;
- données personnelles (parcours scolaire, besoins particuliers de santé, autres besoins).

Ils/Elles acceptent le traitement des données récoltées, ainsi que l'analyse de la situation du/de la bénéficiaire.

Ils/Elles acceptent la transmission d'une synthèse des données récoltées à leur future école (art. 15d LPrD).

Le représentant légal/Les représentants légaux : _____

Lieu et date :

Signature(s) :

La candidate ou Le candidat : _____

Lieu et date :

Signature :