

# INSCRIPTION A L'ÉCOLE DES MÉTIERS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL – MATURITÉ PROFESSIONNELLE SANTÉ- SOCIAL POST-CFC

<b>DELAIS D'INSCRIPTION</b>	Cours préparatoires : Lundi 19.08.2024 Maturité Post-CFC : Mardi 15.04.2025
<b>EXAMEN D'ADMISSION ECRIT</b>	Samedi 14.06.2025
<b>ENTREE EN FORMATION</b>	Lundi 18.08.2025

L'inscription à l'Ecole des métiers de la santé pour la maturité professionnelle santé social requiert les éléments suivants :

- Demande d'admission dûment complétée et signée
- Copie du dernier bulletin semestriel de la scolarité obligatoire
- Copie du certificat fédéral de capacité, y compris les notes finales
- Copie du permis de séjour (pour les étrangers)

## 1. Option(s)

**Cours préparatoires à l'examen d'admission à la maturité santé-social Post-CFC du 3 septembre 2024 au 27 mai 2025 :**

- Branches allemand (début 03.09.2024) et français (début 10.09.2024) - cours en alternance une semaine sur deux - les mardis de 17h30 à 19h15
- Branche mathématiques, les jeudis de 17h00 à 18h30 (début 05.09.2024)

**Maturité professionnelle santé-social Post-CFC**

- Examen d'admission, 14 juin 2025 de 08h15 à 12h30
- Voie plein temps sur une année
- Voie mi-temps sur deux années

## 2. Données personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Rue et no : \_\_\_\_\_ NPA/Lieu : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Genre :  masculin  
 féminin

Etat civil : \_\_\_\_\_ No AVS : \_\_\_\_\_

Lieu d'origine (et canton) : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Langue maternelle : \_\_\_\_\_

Si étranger : permis de séjour : \_\_\_\_\_ Validité : \_\_\_\_\_

No de tél. fixe : \_\_\_\_\_ No de tél. mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ N° CLOEE : \_\_\_\_\_

### 3. Parcours scolaire et professionnel

#### Ecole obligatoire

Lieu : \_\_\_\_\_

Année de fin de scolarité obligatoire : \_\_\_\_\_

Niveaux scolaires (selon le dernier bulletin scolaire) :

Niveau Harnos (dernier bulletin scolaire)	A	B	C	Autre	Moyenne
Français					
Mathématiques					
Allemand					

#### Formation et activités précédentes

1 \_\_\_\_\_ De : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ De : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ De : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

#### Certificat fédéral de capacité (CFC)

Profession : \_\_\_\_\_

Obtenu le : \_\_\_\_\_

### 8. Remarques

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 9. Signatures

Par ma signature, j'atteste de la véracité des renseignements ci-dessus et avoir pris connaissance des conditions d'admission au sein de l'Ecole des métiers de la santé et du social de Delémont.

Date : \_\_\_\_\_ Candidat-e : \_\_\_\_\_

Représentant-e légal-e :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dossier de candidature à retourner par courrier postal uniquement à l'Ecole des métiers de la santé et du social, Faubourg des Capucins 2, 2800 Delémont conformément aux délais mentionnés à la page 1.