



MATURITÉ SPECIALISÉE « SANTÉ » (MS Sa)

BULLETIN DE PRÉINSCRIPTION : (année)

**À retourner pour le 1er mars au
secrétariat de l'école.**

Nom et prénom de l'élève :

Adresse postale exacte :

Sexe : F M

Numéro AVS (13 chiffres) :

Commune d'origine :
(pays d'origine pour les non-suisse)

Date de naissance complète :

Classe actuelle : ECG de :

Situation scolaire fin du 1^{er} semestre : Promu Non Promu

N° de tél. privé : N° de tél. portable :

Adresse mail :

Choix de la filière HES : soins infirmiers physiothérapie (régulation) ergothérapie (régulation)
 diététique (régulation) sage-femme (régulation) technique en radiologie médicale

Lieu et date :

Signature de l'élève ou du représentant légal :

Joindre 2 photos passeport

