



Département de la formation et de la sécurité  
Service de la formation professionnelle  
Pôle de professions

Departement für Bildung und Sicherheit  
Dienststelle für Berufsbildung  
Berufsfeld

CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

FORMATION  
PROFESSIONNELLE VALAIS

## DEMANDE D'AUTORISATION DE FORMER

Pour les entreprises formant pour la première fois dans la profession

Demande d'autorisation de former	
Profession	<input type="text"/>
Option / Branche / Profil	<input type="text"/>

Entreprise	
Raison sociale	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
NPA Localité	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Télécopie	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>

Chef d'établissement	
Nom et prénom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Titulaire du :	<input type="checkbox"/> CFC de <input type="text"/> Obtenu en <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Brevet de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Maîtrise/diplôme de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Autres <input type="text"/>
Cours pour formateurs en entreprise	<input type="checkbox"/> suivi en (année) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> non suivi

*Joindre copies : CFC, brevet, maîtrise, diplôme, ...*

Personne responsable de la formation	
Nom et prénom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
Titulaire du :	<input type="checkbox"/> CFC de <input type="text"/> Obtenu en <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Brevet de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Maîtrise/diplôme de <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Autres <input type="text"/>
Cours pour formateurs en entreprise	<input type="checkbox"/> suivi en (année) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> non suivi

*Joindre copies : CFC, brevet, maîtrise, diplôme, ...*

Sceau et signature de l'entreprise	
Lieu	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>

À retourner à l'adresse ci-dessous :



CP 478, 1951 Sion  
Tél. 027 606 42 50 · Fax 027 606 42 54 · email : [sfop-contrat@admin.vs.ch](mailto:sfop-contrat@admin.vs.ch)

Merci de compléter le formulaire ci-dessous uniquement si vous avez déjà un-e candidat-e

### Renseignements relatifs à l'apprenti-e (Obligation de compléter toutes les données)

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom	
	Prénom	
<b>No NAVS</b>	Date de naissance	
Fils/fille de		
Commune d'origine (pour les suisses) Pays d'origine* (pour les étrangers)	Permis de séjour*	
Rue et no		
NPA et localité		
Commune		
Langue maternelle (1ère langue)		
Ecole précédemment suivie	Année de programme	
Téléphone		(facultatif)
Portable		(facultatif)
Courriel		(facultatif)
Début de l'apprentissage		
Langue dans laquelle l'apprenti-e suit les cours	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand	

\* joindre copie du permis de séjour

### Représentant légal

Nom	
Prénom	
Rue et no	
NPA et localité	
Téléphone	
Portable	
Courriel	

### Observations

mb/août 2011