

Formulaire d'inscription

→ **Attention** : le formulaire doit être rempli par le répondant FAP, en compagnie du fappiste.

Remplir le formulaire ci-dessous :

Un expert sera attribué si le dossier est complet. Il prendra contact avec le répondant et le fappiste pour convenir d'une date d'examen.

Coordonnées du fappiste

Nom

Prénom

Sexe

femme

homme

Rue

NPA / ville

Numéro de téléphone

Nom de votre établisse-
ment

Adresse de facturation
(CHF400.-)

Nom et prénom du répon-
dant

Numéro de téléphone du
répondant

Micro-changement :

Le candidat décrit ci-dessous, en quelques lignes (entre 5 – 10 lignes), une situation concrète d'accompagnement vécu avec une personne âgée souffrant de maladie psychiatrique de l'âge avancé. Cette description met en évidence un changement de pratique (actions, attitudes, présence, etc...) du candidat auprès du client et son résultat

- En accord avec lui et avec son projet d'accompagnement
- En collaboration avec le répondant FAP (et par conséquent l'équipe) et
- En lien avec la formation FAP

Document(s) à transmettre :

En les envoyant par la poste à l'adresse suivante : Croix-Rouge Valais – CP 310 – 1951 Sion

- Attestation(s) ou certificat(s) de travail justifiant d'une activité professionnelle de 12 mois à au moins 30% durant les 3 dernières années.

Date

Signature

