



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service de la formation professionnelle SFP  
Amt für Berufsbildung BBA

Derrière-les-Remparts 1, 1700 Fribourg

T +41 26 305 25 00  
www.fr.ch/sfp

5-7-1 FO

## Formateur/-trice responsable Verantwortliche-r Berufsbildner-in

Nom et prénom <i>Name und Vorname</i>		
Langue de correspondance <i>Korrespondenzsprache</i>	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Deutsch
Date de naissance <i>Geburtsdatum</i>		
N° AVS <i>AHV-Nr.</i>		
Téléphone <i>Telefon</i>	Privé / <i>Privat</i> Professionnel / <i>Geschäftlich</i> Mobile / <i>Natel</i>	
Mail <i>E-Mail</i>	Privé / <i>Privat</i> Professionnel / <i>Geschäftlich</i>	
Adresse privée <i>Private Adresse</i>	Rue / <i>Strasse</i> NPA, Lieu / <i>PLZ, Ort</i>	
Formateur/-trice pour cette/ces profession-s <i>Berufsbildner-in für diese-n Beruf-e</i>		
Cours pour formateur/-trice en entreprise <i>Kurs für Berufsbildner-in in Lehrbetrieben</i>	<input type="checkbox"/> suivi / <i>besucht</i> Année / <i>Jahr</i> _____ <input type="checkbox"/> non suivi / <i>nicht besucht</i>	
Employeur actuel <i>Aktueller Arbeitgeber</i>		

**Veillez nous transmettre une copie de votre certificat fédéral de capacité (CFC) ou diplôme équivalent, ainsi qu'une copie de l'attestation du cours pour formateurs.**

**Bitte legen Sie eine Kopie Ihres eidgenössischen Fähigkeitszeugnisses (EFZ) oder eines gleichwertigen Diploms sowie die Bestätigung des Kurses für Berufsbildner bei.**

Si le/la formateur/-trice responsable n'assure pas la coordination de la formation dans l'entreprise, merci d'indiquer ci-dessous les coordonnées de la personne de contact pour les questions administratives et d'ordre général sur la formation professionnelle.

*Falls der/die Berufsbildner-in nicht verantwortlich ist für die Koordination der Ausbildung im Betrieb, bitten wir Sie, uns nachstehend die Koordinaten der Kontaktperson für die administrativen und allgemeinen Belange der Berufsbildung anzugeben.*

Nom et prénom / *Name und Vorname* \_\_\_\_\_

Date de naissance / *Geburtsdatum* \_\_\_\_\_

Tél. direct / *Direkte Telefonnummer* \_\_\_\_\_

Email / *E-Mail* \_\_\_\_\_

Date / *Datum* \_\_\_\_\_

Signature du/de la formateur/-trice  
*Unterschrift des-r Berufsbildners-in*

Visa domaine Formation  
*Visum Bereich Ausbildung*