

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'ENTREE EN FORMATION CONTINUE CERTIFIÉE

CAS - DAS romand Personne ressource en Education numérique

Nom

Prénom

Date de naissance

☐ Je confirme avoir pris connaissance des conditions de formation.

Préavis de la Direction

Nom

Prénom

Établissement

J'accepte l'entrée en formation de :

☐ Oui

☐ Non

Sceau

Signature

Date