



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la formation professionnelle SFP
Amt für Berufsbildung BBA

Ecole professionnelle santé – social
Berufsfachschule Soziales – Gesundheit

Rte de Grangeneuve 4, 1725 Posieux

T +41 26 305 56 27, F +41 26 305 56 04
www.essg.ch

Formulaire – Employeur / Filière Educateur – éducatrice de l'enfance ES

A remplir par la direction de l'institution

(à compléter de manière électronique avant impression pour signature)

Partie I - Attestation de l'employeur

Raison sociale

Directeur-trice Nom Prénom

Rue et No
NPA Localité

Tél. fixe Courriel

J'atteste que le-la candidat-e

NomPrénom

exerce actuellement la fonction de

- Auxiliaire Stagiaire
- ASE ASE avec une fonction d'éducateur-trice non diplômé-e
- autre, à préciser

depuis le à un taux d'activité de %.

Durant la formation, le-la candidat-e occupera

- la même fonction une autre fonction, à préciser

il-elle sera au bénéfice d'un contrat de travail

- à durée indéterminée à durée déterminée couvrant la période de formation (août 2019 - juillet 2022)

à un taux d'activité de% (*minimum 50%*)

Pour l'encadrement obligatoire par un-e professionnel-le diplômé-e, l'éducateur-trice de référence*
présenti-e est

non encore désigné-e (en discussion)

désigné-e

NomPrénom

Fonction

Formation Educateur de l'enfance ES Oui Non

Si non, quel diplôme

CAS Formateur-trice à la pratique professionnelle ES Oui Non

Si non, autre formation équivalente Oui Non

Si formation équivalente, à préciser

Nombre d'années d'expérience dans le suivi de stagiaires /d'étudiant-e-s ans

**les données ci-dessus sont soumises à la vérification et à l'approbation de l'ESSG*

Je donne mon accord pour que mon-ma collaborateur-trice entreprenne la formation en emploi 2019-2022 et
m'engage à mettre en place les conditions favorisant cette formation

accord définitif

accord sous réserve, à préciser

.....
.....
.....

Lieu Date.....

Signature Timbre de l'institution

Formulaire – Employeur / Filière Educateur – éducatrice de l'enfance ES

A remplir par la direction de l'institution

(à compléter de manière électronique avant impression pour signature)

Partie II - Préavis formatif

Candidat, Nom Prénom

Merci de répondre aux questions suivantes

Pour quelle raisons soutenez-vous le projet de formation de votre collaborateur-trice ?

.....
.....
.....

Parcours du-de la candidat-e dans l'institution

.....
.....
.....

Points forts du-de la candidat-e

.....
.....
.....

Quelles sont les compétences interpersonnelles du-de la candidat-e ?

.....
.....
.....

Autres commentaires

.....
.....
.....

Lieu Date.....

Signature Timbre de l'institution