**Fiche de renseignements**

Cette fiche est destinée à toutes et tous les intervenant-e-s externes y compris aux indépendant-e-s et aux personnes pour lesquelles l’institution/service sera bénéficiaire de la rétribution. Merci d’écrire en caractères d’imprimerie et de **remplir tous les champs**. Pour les personnes dont c’est l’institution/service qui établira une facture et pour les indépendant-e-s, **seules les rubriques avec astérisque** \* sont indispensables. Pour les indépendant-e-s non inscrit-e-s au registre du commerce, **une attestation d’affiliation est à joindre à cette fiche**. Les renseignements demandés sont nécessaires au versement de votre salaire et/ou sont demandés pour répondre aux exigences statistiques de la HES-SO et de l'OFS.

**Informations personnelles**

|  |
| --- |
| [ ]  Madame [ ]  Monsieur |
| Nom\* |       | Prénom\* |       |
| Date de naissance\* |       | Lieu d’origine\* |       |
| Nationalité |       | Etat civil\* |       |
| Type de permis de travail | [ ]  B [ ]  C [ ]  G [ ]  L **🡪 Joindre une copie du permis** | Nombre d’enfant-s\* |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No certificat d’assuranceAVS-AI\* | 7 | 5 | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | **🡪 Joindre une copie du certificat d’assurance AVS-AI** |
| Mois et année d’engagement (de votre première intervention au sein de l’école) |       |
| Formation achevée la plus élevée\* (titre / diplôme) |       | Date d’obtention\* (titre / diplôme) |       |

**Informations pour le paiement**

|  |  |
| --- | --- |
| Type de paiement\* | [ ]  sur facture de l’entreprise/institution [ ]  à titre privé (salaire)[ ]  sur facture de l’indépendant-e  |
| Nom et prénom du titulaire du compte privé |       |
| No IBAN privé | C | H |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pour les personnes titulaires d’un compte à l’étranger | **🡪 Fournir l’identité bancaire complète** |
| Pour les personnes indépendantes non inscrites au registre du commerce | **🡪 Joindre une attestation d’affiliation à une caisse de compensation** |

**Informations de contact**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse privée |       |
| Adresse professionnelleou nom et adresse de l’institution/service qui établira la facture\* |       |
| Pays |       | Téléphone privé |       |
| Téléphone mobile |       | Téléphone professionnel\* |       |
| Email\* (une seule adresse de contact) |       |

**J’atteste que toutes ces informations sont conformes**

**Lieu, date & signature :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Corr. examen  | [ ]  Directeur TB  | [ ]  Enseignant | [ ]  Expert admission | [ ]  Expert TB | [ ]  FC | [ ]   |
| [ ]  PS | [ ]  Ra&D | [ ]  Répondant FP | [ ]  Resp. module | [ ]  Superviseur | [ ]  Témoin | [ ]   |