**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’assurance AVS-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 professionnelle ou 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 |  |