

Demande d'admission

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ No AVS : _____

No postal et lieu : _____

Adresse e-mail : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Profession de base : _____ CFC en : _____

Formation complémentaire :

CFC de : _____ obtenu en : _____

Brevet fédéral de : _____ obtenu en : _____

Autres formations : _____

Date et signature : _____

La cotisation annuelle est de CHF 80.-

Reoutner à : Bureau des métiers
Loic Chavaillaz
Rue de la Dixence 20
1950 Sion

Par mail à : loic.chavaillaz@bureaudesmetiers.ch