

## Inscription à l'examen professionnel 2027

### Spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral, Professional Bachelor

**L'inscription n'est valable que si elle est accompagnée du formulaire d'inscription dûment rempli et signé, ainsi que des pièces d'identité, titres et certificats requis, conformément au règlement d'examen, chiffre 3.2 et à la notice explicative relative à l'inscription.**

Merci de remplir en lettres majuscules.

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

NP/Localité: \_\_\_\_\_

Canton: \_\_\_\_\_

Tél. privé: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Lieu d'origine/canton: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (n° AVS): \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

Tél. prof.: \_\_\_\_\_

## Examen

Les frais d'examen et la liste des frais séparés pour les candidat/e/s qui répètent l'examen sont consultables sur le site Internet:

[santeservices.ch/fr/formation/formation-professionnelle-superieure/brevet/](https://santeservices.ch/fr/formation/formation-professionnelle-superieure/brevet/)

**Langue de l'examen**   ☐ Français   ☐ Allemand   ☐ Italien

☐ 1<sup>er</sup> examen

## Répétition d'examen

Les examens répétés ne portent que sur les épreuves dans lesquelles le candidat a fourni une prestation insuffisante (conformément au règlement d'examen, chiffre 6.52).

☐ 1<sup>re</sup> répétition d'examen

☐ 2<sup>ème</sup> répétition d'examen

En cas de nouvelle épreuve, veuillez joindre la dernière décision d'examen.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## Attestation de l'employeur pour le 1er examen

Veuillez vous procurer une attestation de votre activité professionnelle dans l'assurance-maladie sociale auprès de votre employeur:

- Attestation de l'employeur concernant l'activité du/de la candidat/e

en tant que \_\_\_\_\_,

le taux d'occupation est de \_\_\_\_\_ %, depuis (resp. de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_)

Date: \_\_\_\_\_ Timbre/Signature: \_\_\_\_\_

- Attestation de l'employeur concernant l'activité du/de la candidat/e

en tant que \_\_\_\_\_,

le taux d'occupation est de \_\_\_\_\_ %, depuis (resp. de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_)

Date: \_\_\_\_\_ Timbre/Signature: \_\_\_\_\_

**Veillez contrôler l'exhaustivité de vos documents:**

**Pour le premier examen**

- ☐ Résumé de la formation et des activités professionnelles (**curriculum vitae**)
- ☐ Copies des **titres** (CFC, certificat de maturité) et des **certificats de travail**  
(preuve de l'expérience professionnelle) requis pour l'admission
- ☐ **Attestation de l'employeur**

**Pour le premier examen et la répétition d'examen**

- ☐ Copie d'**une pièce d'identité officielle munie d'une photo** (carte d'identité, recto/verso / passeport)
- ☐ **Formulaire dûment rempli** sans omissions (y compris le lieu d'origine, le numéro d'assurance sociale, la langue d'examen, etc.)
- ☐ Formulaire d'inscription **signé**

Délai d'inscription: **mercredi 6 janvier 2027 (cachet de la poste)**

**Important:**

- Le candidat est personnellement responsable de son inscription (formulaire d'inscription dûment rempli et signé accompagné des documents requis).
- Les inscriptions incomplètes ou remises trop tard ne seront pas prises en considération et feront l'objet d'un refus.

A retourner à:

**santéservices** | Formation professionnelle supérieure | Römerstrasse 20 | Case postale | 4502 Soleure