Haute école de travail social et de la santé Lausanne
Service émetteur
Ch. des Abeilles 14 • 1010 Lausanne • Suisse
+41 (0)21 651 62 00 • www.hetsl.ch

ACCORD DE L'EMPLOYEUR

La Direction de l'Institution :

Nom de l'institution :……

Adresse :……

autorise Madame ou Monsieur : ……

à participer à la

formation à la coordination de l'accueil familial de jour 2025-2027

La Direction de l'Institution confirme avoir pris connaissance du programme de cette formation et s'engage à accorder à son employé·e les conditions nécessaires à sa participation régulière à la formation.

Elle accepte que son employé·e présente, au cours de cette formation, des situations tirées de sa pratique professionnelle – chaque participant·e à cette formation étant bien entendu tenu·e à entière confidentialité.

Date : ……. ……

Timbre de l'Institution et signature