**Auto-déclaration de pratique professionnelle pour l’admission à l’Examen Professionnel Supérieur**

**🡪 pour les candidates et les candidats qui doivent également prouver la supervision (pour la preuve de la supervision, voir le formulaire distinct)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Exigences**  **Taux d’activité en % durant la période** | **Déclaration du taux d’activité en %**  *Le taux d’activité comprend aussi bien les heures de traitement effectuées que les autres activités requises pour la gestion d’un cabinet (administration générale, facturation, relations publi-ques, etc. selon profil professionnel).* | | **Nombre de traitements effectués**  *Heures de traitement durant les 2-3 ans minimaux requis:* ***au moins 600 heures*** | **Si employé-e, nom de l’employeur** | **N° de document** | **Contrôle par l’OrTra TC** |
| **CB par la Procédure d’Equivalence:**  **entre:** la fin de la formation à la méthode  **et:** l’inscription à l’EPS    **CB par une formation accréditée:**  **entre:** le Certificat de Branche OrTra TC  **et :** l’inscription à l’EPS  *Le minimum requis est un taux d’activité*  *de 50% en 2 ans ou*  *de 30% en 3 ans.* | Période de… à… (mois/année) | pourcentage | dont heures de traitement |  |  |  |
| *Ex. 15.02.15 -31.12.15* | *30%* | *230 h* |  |  |  |
| *01.01.****xx*** *- 31.12.****xx*** | *30%* | *270 h* | ***Une ligne par an*** |  |  |
| *01.01.18 – 03.05.18* | *30%* | *90 h* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | TOTAL |  |  |  |
| **Date du diplôme obtenu dans la méthode**  *Joindre le diplôme de l’école* |  | |  |  |  |  |

Je confirme l’exactitude des données ci-dessus.

Nom: Prénom: Lieu: Date:

Signature:

**Autodéclaration de pratique professionnelle pour l’admission à l’Examen Professionnel Supérieur**

**🡪 pour les candidates et les candidats qui demandent une dispense de la supervision selon la disposition transitoire (Règlement d’examen, chiffre 9.12)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Exigences**  **Taux d’activité en % durant la période** | **Déclaration du taux d’activité en %**  *Le taux d’activité comprend aussi bien les heures de traitement effectuées que les autres activités requises pour la gestion d’un cabinet (administration générale, facturation, relations publiques, etc. selon profil professionnel).* | | **Nombre de traitements effectués**  *Heures de traitement durant les 4-5 ans minimaux requis:* ***au moins 1300 heures*** | **Si employé-e, nom de l’employeur** | **N° de document** | **Contrôle par l’OrTra** |
| **entre:** la fin de la formation à la méthode  **et:** l’admission de la méthode dans le règlement concernant l’EPS  *Le minimum requis est un taux d’activité*  *de 50% en 4 ans ou*  *de 30% en 5 ans.* | Période de… à… (mois/année) | pourcentage | dont heures de traitement |  |  |  |
| *Ex. 01.03.10-31.12.10* | *30%* | *225 h* |  |  |  |
| *01.01.****xx*** *- 31.12.****xx*** | *30%* | *270 h* | ***Une ligne par an*** |  |  |
| *01.01.15 - 09.09.15* | *30%* | *180 h* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | TOTAL |  |  |  |
| **Date du diplôme obtenu dans la méthode**  *Joindre le diplôme de l’école* |  | |  |  |  |  |
| **Justificatif du premier enregistrement RME, ASCA, APTN ou SPAK**  *Joindre l’attestation d’enregistrement* |  | |  |  |  |  |

Je confirme l’exactitude des données ci-dessus.

Nom: Prénom: Lieu: Date:

Signature: