|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Direction de l’instruction publique et de la culture****Section du personnelSulgeneckstr. 703005 Berne**Téléphone 031 / 633 83 12Télécopie 031 / 633 83 55 | **AVIS DE CHANGEMENT****POUR ECOLES DE MATURITE**A envoyer par la voie de service | Reçu par l’INS/SPe : |



|  |  |
| --- | --- |
| Données personnelles |  |
| Nom :       | Prénom :       | N° d’identité : |       |
| (indiquer le nom figurant dans le livret de famille) | (si connu) |
| Domicile :       | NPA :       | Localité :       |
| Date de naissance :       | Numéro AVS :       | Téléphone privé/mobile :       |
| Courriel :       | Téléphone de l’école :       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ecole-s** |  |
| Ecole-s :       | Fonction (p.ex. dir. d’école) :       |
| Engagement actuel : | [ ]  à durée déterminée  | [ ]  à durée indéterminée | [ ]  remplacement (plus d’un mois) | Arrdt d’inspection :       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Changement de domicile** | à partir du : |       |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rue :       | NPA :       | Localité :       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées pour le paiement** | à partir du: |       |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Banque | IBAN : | CH                          |
| [ ]  Poste | N° compte postal :  |       |
| Nom du/de la titulaire du compte :       |
| (uniquement si l’agent(e) n’est past titulaire du compte)  |
| **Changement d’état civil** | à partir du : |       |  |
| Etat civil :  | [ ]  marié-e | [ ]  veuf/veuve | [ ]  divorcé-e | [ ]  séparé-e selon art. 117 CC |
| Partenariat entre personnes du même sexe : | [ ]  enregistré | [ ]  dissous juridiquement | [ ]  dissous par décès |
| Nouveau nom officiel de l’agent-e :       | À partir du :       |
| Nom du conjoint :       | Prénom :       | Date de naissance :       |
| **Important :**Veuillez annexer les documents officiels tels que l’acte de mariage (copie), la convention de divorce (copie) ou d’autres documents de justice. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assurance-risque auprès de la CACEB pendant un congé non payé** |  |

Je prends un congé non payé du :       au :       . Pendant ce congé,

[ ]  je ne souhaite pas souscrire d’assurance-risque auprès de la CACEB.

(La couverture d’assurance contre les risques est automatiquement maintenue, sauf avis contraire de l’enseignant ou de l’enseignante avant le début du congé. La couverture ne peut plus être modifiée après le début du congé.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Renseignements concernant les prestations sociales** |  |

|  |
| --- |
| Pour formuler une demande d’allocations sociales (allocation pour enfant, allocation de formation ou allocation d’entretien) ou signaler une modification, veuillez utiliser le formulaire « **Allocations sociales – Formulaire de demande ou de modification**». |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fin d’une formation** | Joindre la copie de l’acte / du diplôme |
| Nature de la formation :       | Date :       | Lieu :       |

|  |  |
| --- | --- |
| Absences maladie ou accident |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Maladie (art. 35 OSE) |  |  |  |  |
| 🖝 Merci de remplir le formulaire électronique **« l’Avis de maladie en ligne »**.🖝 Si l’absence pour cause de maladie dure plus de 4 semaines, faire parvenir le certificat médical par la voie de service en indiquant le n° d’identité. |
| [ ]  Accident (art. 35 OSE) | du: |       | au: |       |
| 🖝 La personne ayant subi un accident (ou exceptionnellement la direction d'école) doit signaler celui-ci par Internet via la « déclaration électronique d'accident » (<https://kantonbern.sunetonline.ch/fr/sunet/create/>).🖝 L’accident doit en outre être signalé au moyen de l’avis de changement (joindre le certificat médical). |

|  |  |
| --- | --- |
| **Direction de l’instruction publique** **et de la culture****Section du personnel Sulgeneckstr. 703005 Berne**Téléphone 031 / 633 86 66Télécopie 031 / 633 86 67 031 633 83 55 031 633 83 55 |  Avis de changement  |
| Nom : |   | N° d’identité : |   |
| Prénom : |   |



|  |  |
| --- | --- |
| **Perfectionnement (Art. 174 OPers)** | A charge du canton et à payer |

|  |  |
| --- | --- |
| Type de formation : |       |
| Taxes de cours Fr. : |       | Frais etc. Fr. : |       | Paiement pour le :  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature-s** |  |

**L’ENSEIGNANT-E :**

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu et date :       | Signature :      |

Certifié exact :

**AU NOM DE L’AUTORITÉ D’ENGAGEMENT/LA DIRECTION DE L’ECOLE :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Prénom :       |
| Adresse direc. école :       | NPA :       | Localité :       |
| Téléphone de l’école :       | Téléphone privé :       | Courriel :       |
| Lieu/date :       | Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinataires** |  |

[ ]  Enseignant-e

[ ]