



## Demande d'imputation d'échelons de traitement en raison d'une formation qualifiante complémentaire au sens de l'article 31 OSE

### A. À remplir par l'enseignant-e

#### 1. Données sur la personne

|                                 |                                                                     |                         |                      |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Titre                           | <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme            | Mobile                  | <input type="text"/> |
| Nom<br>(selon doc. officiel)    | <input type="text"/>                                                | Téléphone de<br>l'école | <input type="text"/> |
| Prénom<br>(selon doc. officiel) | <input type="text"/>                                                | Courriel                | <input type="text"/> |
| Date de naissance*              | <input type="text"/>                                                | Adresse de<br>domicile  | <input type="text"/> |
| N° AVS                          | 756. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | NPA et localité         | <input type="text"/> |
| Matricule (si disp.)            | <input type="text"/>                                                |                         |                      |

#### 2. Données relatives aux engagements

| Degré scolaire<br>(école enfantine, primaire, sec. I,<br>gymnase, apprentissage de com-<br>merce, APP, MP, formation profession-<br>nelle supérieure, etc.) | Fonction<br>(p. ex. enseignement, direction<br>d'école, pool destiné aux tâches<br>spéciales) | Discipline<br>(p. ex. français, math, allemand) | Nombre de leçons par<br>discipline<br>(p. ex. 3 leçons par semaine) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/>                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                          | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>                                                |
| <input type="text"/>                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                          | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>                                                |
| <input type="text"/>                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                          | <input type="text"/>                            | <input type="text"/>                                                |

#### 3. Données relatives à la formation complémentaire

|                                                              |                      |             |                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Nom de la formation                                          | <input type="text"/> | Date de fin | <input type="text"/> |
| Nom de l'institution/de<br>l'établissement de for-<br>mation | <input type="text"/> |             |                      |

Nombre d'heures de formation ou de crédits ECTS (y c. travail personnel / travail de fin d'études selon les informations du prestataire) :

**Remarque:** les formations qui ont duré moins de 300 heures ou qui sont sanctionnées par moins de 10 crédits ECTS ne donnent pas droit à l'imputation d'échelons de traitement.



### Valorisation directe de la formation complémentaire

Veillez justifier la valorisation directe de la formation pour votre fonction.

Pour quel domaine ou aspect du mandat professionnel (enseignement et/ou éducation/conseil/encadrement et/ou collaboration/participation) la formation peut-elle être utilisée ? À quelle fréquence la formation peut-elle être utilisée dans ce domaine ou cet aspect (constamment, souvent, régulièrement, occasionnellement, rarement/jamais) ?

Motifs :

|  |
|--|
|  |
|--|

### 4. Exactitude des données certifiée par l'enseignant-e

☐ Je certifie que toutes les informations figurant dans le présent document sont exactes et conformes à la vérité.

Lieu

|  |
|--|
|  |
|--|

Signature

|  |
|--|
|  |
|--|

Date

|  |
|--|
|  |
|--|

**Important** : une copie du diplôme doit être jointe à la présente demande !

### B. À remplir par la direction d'école

### 5. Prise de position

☐ La direction d'école soutient la demande.

☐ La direction d'école ne soutient pas la demande.

Remarques

|  |
|--|
|  |
|--|

Interlocuteur-  
trice

|  |
|--|
|  |
|--|

N° de  
téléphone

|  |
|--|
|  |
|--|

Lieu

|  |
|--|
|  |
|--|

Unterschrift

|  |
|--|
|  |
|--|

Date

|  |
|--|
|  |
|--|

La présente demande doit être envoyée par courriel à [apd@be.ch](mailto:apd@be.ch) ou par courrier postal à :

**Direction de l'instruction publique et de la culture, Section du personnel, Sulgeneckstrasse 70, 3005 Berne,**  
accompagnée des documents requis.

Vous trouverez des informations concernant le processus de dépôt et d'évaluation des demandes sur notre plateforme de connaissance, via le lien suivant : Imputation d'échelons de traitement pour des formations qualifiantes complémentaires.