



## **Recommandation de l'employeur** (Document facultatif)

Après avoir pris connaissance des informations concernant la procédure de reconnaissance d'acquis destinée au CAS/DAS en addictions HES-SO

### **La direction de l'institution**

Nom, intitulé de l'institution :

---

---

Adresse :

---

---

appuie la demande de reconnaissance d'acquis de

Madame/Monsieur :

---

Date :

Timbre de l'institution et signature :