

**Dossier d'inscription  
ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE  
140 heures de formation**

**Coordonnées personnelles :**

Nom ..... Prénom .....

Nom de jeune fille .....

Date de naissance ... .. / ... .. / ... .. Lieu de naissance .....

Adresse personnelle : .....

.....

Code Postal.....Ville .....

Téléphone..... Mobile.....

E-mail.....

Si demandeur d'emploi, n°identifiant :.....

Nom du conseiller Pôle Emploi :.....

**Situation professionnelle - Lieu de travail :**

Fonction exercée .....

Nom et adresse de l'employeur.....

.....

Code Postal..... Ville .....

Téléphone..... Télécopie.....

E-mail.....

Nom et coordonnées téléphoniques et mail du responsable hiérarchique :

.....

.....

Diplôme obtenu : Cocher la case correspondante et **joindre le diplôme**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DE Auxiliaire de Vie Sociale       | Année d'obtention du diplôme : _____ |
| <input type="checkbox"/> DE Aide Médico Psychologique       |                                      |
| <input type="checkbox"/> DE Accompagnant Educatif et Social |                                      |
| <input type="checkbox"/> DE Aide soignant                   |                                      |

**Accessibilité :**

Souhaitez-vous rencontrer l'un de nos référents handicap ? OUI\* NON

\* Si oui, merci de nous préciser vos besoins spécifiques en contactant :

[referentshandicaps@apradis.eu](mailto:referentshandicaps@apradis.eu)



## Si la formation est prise en charge directement par un organisme de financement :

Nom .....

Adresse .....

Code Postal..... Ville .....

Téléphone..... Télécopie.....

E-mail.....

## Adresse pour envoi de la convention et de la facture :

Nom .....

Adresse .....

Code Postal..... Ville .....

Téléphone..... Télécopie.....

E-mail.....

Interlocuteur en charge des formations (mail et téléphone) :

.....

.....

.....

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*visa du directeur et cachet de l'établissement*

## Dossier à renvoyer au plus tard un mois avant le démarrage de la formation à [celine.saumon@apradis.eu](mailto:celine.saumon@apradis.eu)

*L'absence de réponse à une ou plusieurs questions est susceptible de compromettre la bonne gestion de votre inscription.*

*L'APRADIS agissant en qualité de Responsable de traitement, traite les données collectées dans ce formulaire pour la gestion des inscriptions. Le traitement repose sur l'exécution contractuelle.*

*Les données collectées ne seront communiquées qu'aux seuls destinataires concernés par le traitement, et légalement habilités.*

*Elles ne seront conservées que pendant toute la durée nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement, éventuellement augmentée des éventuelles obligations légales.*

*Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel entré en vigueur le 25 mai 2018 et à la loi 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder aux données vous concernant, et demander leur rectification ou leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime.*

*Vous pouvez exercer ces droits directement auprès du Responsable de traitement, ou de son Délégué à la protection des données à l'adresse : [gpd@apradis.eu](mailto:gpd@apradis.eu)*

*Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.*