

## Dossier d'inscription

### Parcours choisi : Mettre une croix dans la case correspondante à votre choix :

- Formation préparant à la certification relative aux compétences Maître d'apprentissage Tuteur – parcours de 35 heures (Certification éligible au CPF (RS 5515))
- Formation relative aux compétences de Maître d'apprentissage/ Tuteur – parcours de 24.5 heures
- Formation à la certification relative aux compétences Maître d'apprentissage/ Tuteur parcours de 15 heures (Certification éligible au CPF (RS 5515))

*Pour se présenter à la certification, la personne doit justifier soit :*

- *de l'accompagnement d'au moins un apprenti/alternant sur la durée totale de son parcours ;*
- *d'une formation de maître d'apprentissage/tuteur en lien avec le référentiel de compétences.*

### **Documents à joindre pour se présenter à la certification**

Pour les candidats justifiant de l'accompagnement d'au moins un apprenti/alternant sur la durée totale de son parcours :

- le CERFA du contrat concerné (dans lequel figure le nom du candidat identifié comme maître d'apprentissage/tuteur et les dates de début et de fin de contrat ou à défaut une attestation sur l'honneur d'avoir accompagné à minima un apprenti/alternant sur la durée totale de son parcours (selon un modèle qui vous sera mis à disposition)

Pour les candidats justifiant d'une formation de maître d'apprentissage/tuteur en lien avec le référentiel de compétences :

- la ou les attestation(s) de formation(s) suivie(s)

**- Copie du diplôme le plus élevé obtenu**

**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 France Travail :.....

**Situation professionnelle - Lieu de travail :**

Fonction exercée .....

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

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

Téléphone..... E-mail.....

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

Nom .....

Adresse .....

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

Téléphone..... E-mail.....

N°SIRET.....

Nom et fonction du signataire.....

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

Nom .....

Adresse .....

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

Téléphone..... E-mail.....

N°SIRET.....

Nom et fonction du signataire.....

Interlocuteur en charge des formations (mail et téléphone) :

.....

.....

**ACCESSIBILITE**

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)

*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 : [dpd@apradis.eu](mailto:dpd@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.*

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

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
visa du directeur et cachet de l'établissement