84 Boulevard Léon Jouhaux
63100 Clermont-Ferrand
ADPS Formation

ADPS
formation aux métiers du sport

Dossier Inscription VAE

Validation des Acquis de l'Expérience



www.adpsformation.com
04.51.11.00.26
contact@adps-formation.com

MAJ le 03/05/2024

DOSSIER CANDIDAT - VAE

Où avez-vous découvert notre organisme de formation : ☐ Réseaux sociaux ☐ Salons ☐ Internet ☐ Autres (précisez) .....

COORDONNÉES

Je soussigné(e) NOM : ..... Prénom : .....

NOM D'USAGE : ..... Nationalité : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Dép de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | |

Adresse permanente : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : / / / / / Courriel : .....@.....

Diplôme : .....

Pour quel diplôme souhaiterez-vous faire cet accompagnement : .....

Avez-vous réalisé et envoyer la partie 1 du dossier VAE (la recevabilité) : ☐ OUI ☐ NON

Si non, souhaitez-vous que l'on vous accompagne pour cette démarche : ☐ OUI ☐ NON

Quels sont vos délais pour réaliser cet accompagnement ? .....

Êtes-vous en activité (autre formation ou travail) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, quelles sont vos jours et horaires de disponibilité : .....

.....

.....

Acceptez-vous de faire des séances en Formation Ouverte A Distance (FOAD) : ☐ OUI ☐ NON

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Avez-vous une reconnaissance de travailleur Handicapé : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, avez-vous besoin d'aménagement : ☐ OUI ☐ NON

De quelle nature (temps supplémentaire, secrétaire,...) : .....

.....

Merci de fournir les justificatifs

FINANCEMENT

☐ Financement employeur/ OPCO

☐ CPF

☐ Financement individuel

☐ France Travail

☐ Autres : (précisez) .....

ADPS
formation aux métiers du sport

Si employeur :

Nom de l'employeur : .....
Nom du responsable : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Téléphone : / / / / / Courriel : .....@.....

Demande de prise en charge via OPCO : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel : ☐ AFDAS ☐ Uniformation Autres : .....

Si inscrit à France Travail :

Identifiant : .....
Région : .....
Mail de votre conseiller : .....@.....

VALIDATION INSCRIPTION

Je soussigné(e) …….. (Nom et prénom du candidat), sollicite mon inscription à l'accompagnement VAE, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en oeuvre de l'ensemble de la formation.

Fait à ..... , le .....

Signature du candidat :

Signature du représentant légal : (si mineur)

COLLECTE ET GESTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Attention :

Merci de bien vouloir compléter soigneusement ce formulaire d'inscription au sein de notre organisme de formation ADPS - (N° Siret : 451 502 918 000 19 - N° de déclaration d'activité 83630369163) situé : 1 rue Tourrette, BP90213 - 63021 CLERMONT-FD Cedex 2. **Nous allons récolter un certain nombre de données personnelles vous concernant : nom, prénom, dates et lieu de naissance, coordonnées, données médicales, données bancaires, situation professionnelle, diplômes …**

Ces données personnelles seront enregistrées dans des **bases de données Excel présentent sur le serveur NAS-ASM et sur notre logiciel Yparéo (accès sécurisés).**

Ces données seront utilisées pour gérer **toutes les tâches concernant votre parcours de formation** et **seront communiquées** à notre référent ministériel sur le site **FOROMES** et selon le cas, sur les **Interfaces France Compétences/Région Auvergne-Rhône-Alpes/France Travail.**

Les principales utilisations de ces données seront :
- Gestion administrative de votre parcours de formation (courrier, appel, attestation, dossier de financement, communication avec les financeurs, employeurs, structures de stage, cabinet comptable et expert-comptable, …)

- Gestion pédagogique (gestion des présences et absences, communication avec nos partenaires de formation : ligues, comités, organisme de formation, entreprises…, gestion et communication des dates/résultats des certifications, rattrapages, …).

Ces données seront **conservées 5 ans** afin d'établir un suivi post formation et des comptes rendus statistiques. Un tableau de stockage et de destruction des données est accessible à l'ADPS.

ADPS
formation aux métiers du sport

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous **bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement.** Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant l'**ADPS - service de Gestion des données personnelles - 1 rue Tourrette, BP90213 - 63021 CLERMONT-FD Cedex 2.**

Conformément aux articles 34 et 35 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'aux articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016.

L'ADPS s'engage à prendre toutes précautions conformes aux usages afin de protéger la confidentialité des informations, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Je soussigné (e) …….. :

☐ Atteste avoir bien pris connaissance du traitement de mes informations personnelles collectées par l'ADPS ;

☐ Sais que je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement.

☐ Sollicite mon inscription à l'accompagnement VAE, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en oeuvre de l'ensemble de la formation.

Fait à ....., le ...../...../20...

Signature du modèle :

Signature du représentant légal :
(si mineur)

Signature de la directrice :
Madame M. KELLIN
Représentant de l'ADPS La Gauthière

