

 <p>Liberté • Égalité • Fraternité  <b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b>      Direction régionale et      départementale de la jeunesse, des      sports et de la cohésion sociale      Auvergne-Rhône-Alpes</p>	 <p>ADPS      formation aux métiers du sport</p>  <p>M<sup>2</sup>S      Manager son Métier de Sportif  <small>SPORTIF, C'EST UN MÉTIER !</small></p>	<p><b>DOSSIER CANDIDAT</b></p> <p><b>Manager Son Métier de Sportif</b></p>	<p>Photographie            (à coller)</p>
---	--	--	---

**Coordonnées**

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

**NOM D'USAGE**: ..... Nat : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... lieu de Naissance : ..... Dép de naissance : .....

N° de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse permanente : .....

CP : ..... VILLE .....

Tél : .....courriel : .....

**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 selon le cas, sur les **Interfaces de la Région Auvergne-Rhône-Alpes/Pôle emploi**.

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.

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.

Signature du candidat :

## Consentement

Je soussigné .....sollicite

### MON INSCRIPTION A LA FORMATION

Pièces à renvoyer avant **le 15 décembre 2021**

- La présente demande d'inscription complétée **d'une photographie**
- Une photocopie d'une pièce d'identité **en cours de validité** (carte nationale d'identité, livret de famille, passeport, extrait d'acte de naissance)
- Une copie de la licence sportive
- Les pièces justifiant des diplômes fédéraux, diplômes sportifs, diplômes scolaires
- Un CV détaillé + CV sportif
- Une attestation de Carte Vitale (téléchargeable sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou sur une borne de l'assurance maladie)
- Un planning de charge sportive
- Une copie de votre inscription à Pôle emploi ou Mission locale (pièce nécessaire pour la prise en charge du coût de formation par le CR AURA)

Fait à....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_

Signature du candidat :

**Cadre réservé à l'Organisme de Formation**

**Dossier d'inscription à la formation**

Pièces vérifiées et dossier certifié complet

OUI                       NON

Fait à ..... le.....

## Fiche de renseignements complémentaires

### FORMATION ET DIPLÔME(S) OBTENU(S)

#### ➤ DIPLÔME(S) OBTENU(S) DANS LE CHAMP DE L'ANIMATION ET/OU DU SPORT

##### Non professionnels :

BAFA  BAFD  Diplômes fédéraux :  Oui  Non - si oui précisez : .....

.....

Autres :  Oui  Non - si oui précisez : .....

##### Professionnels :

Titulaire de la formation commune BEES 1er degré  Oui  Non

Titulaire d'un BEES 1er degré  Oui  Non

Titulaire d'un BPJEPS  Oui  Non

si Oui, précisez la mention et/ou la spécialité : .....

Autres :  Oui  Non Si Oui, précisez.....

### PARCOURS SCOLAIRE

#### Diplôme(s) scolaire(s) obtenus :

CAP  - BEP  - BAC  - DUT/BTS  - LICENCE  - MASTER  - BPJEPS  - DEJEPS  DESJEPS

Autres : .....

Précisez la spécialité du diplôme : .....

Dernière classe suivie : .....

#### Formations complémentaires :

UCC  CS  CQP  Autres : .....

Précisez la spécialité de la (des) formation(s) complémentaire(s) : .....

### CV SPORTIF

Discipline(s) pratiquée(s) : .....

Club d'origine et Ligue : .....

Titres sportifs obtenus (et années) : .....

## PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Avez-vous une reconnaissance de travailleur Handicapé ?  Oui  Non

**Si oui**, avez-vous besoin d'aménagement **pour les tests de sélection** ?  Oui  Non

**pour la formation** ?  Oui  Non ; **pour les examens** :  Oui  Non

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

.....

*Merci de nous fournir les justificatifs.*

## STRUCTURE DE STAGE/EMPLOYEUR/CLUB

NOM DE LA STRUCTURE : .....

NOM DU RESPONSABLE : .....

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

E-mail : .....@.....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM DU TUTEUR OU PERSONNE EN CHARGE DU SUIVI SOCIO PRO: .....

FONCTION DU TUTEUR : .....

DIPLÔME(S) DU TUTEUR: .....

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

E-mail : .....@.....

## FINANCEMENT

Conseil Régional Auvergne – Rhône-Alpes

+ Le reste à charge

OPCO/AFDAS (plafond)

Financement par mon club/ma structure

Financement Individuel.

**Si inscrit à Pôle emploi/Mission Locale :**

Identifiant : .....

Dans quelle Région : .....

Mail de votre Conseiller : .....