



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
 Direction régionale et
 départementale de la jeunesse, des
 sports et de la cohésion sociale
 Auvergne-Rhône-Alpes



DOSSIER CANDIDAT

Manager Son Métier de Sportif

Session septembre 2022

Photographie
 (à coller)

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 soussignésollicite

MON INSCRIPTION A LA FORMATION

Pièces à renvoyer avant **le 15 août 2022**

- 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 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 :