

### INFORMATIONS PARTICIPANT

Mme  M. Prénom : ..... Nom : .....

Adresse : .....

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

Tél : ..... E-mail : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : ..... Tel : .....

Famille enfant sourd  Adulte sourd  Adulte sourd ESAT

Dernier niveau acquis en LSF : .....

### SITUATION PROFESSIONNELLE (à remplir si le financement est pris en charge)

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... N° Siret : .....

Personne à contacter pour la formation : Nom : ..... Prénom : .....

Tél.: ..... Email : .....

### FORMATION

**Intitulé de la formation :** .....

**Dates de la formation :** du ..... au .....

**Durée de la formation :** .....heures (soit ..... jours)

#### Financement de la formation :

- Auto-financement (30% acompte) :  Famille enfant sourd  DE  Etudiant  Particulier

- Avec prise en charge :  Pôle emploi  MDA (ex MDPH)  CPF (uniquement avec Unifaf)  OPCA

Date :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Le Centre d'Education Spécialisée "La Providence" et font l'objet d'un traitement pour la finalité suivante « Inscription à des formations délivrées par le C.E.S. La Providence ». Les données recueillies ne sont utilisées que pour contacter les personnes inscrites et connaître leur choix de formation. Seul le centre est destinataire des informations que vous lui communiquez. Elles sont conservées pendant 1 an, après le dernier contact.

Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ; vous pouvez également vous opposer au traitement de données vous concernant, pour des motifs légitimes (sauf si celui-ci répond à une obligation légale) et disposez du droit de retirer vos consentements à tout moment, en contactant le Secrétariat de la Direction.

Signature