

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'apprenant :

Nom :

Prénom :

N° de sécurité sociale :

Mutuelle :

Groupe sanguin :

Actes chirurgicaux graves :

Maladies :

Traitement médical :

(Veuillez nous préciser tout traitement débutant en cours de formation)

Allergies (alimentaires, médicamenteuses...) :

Intolérances à des médicaments :

Autres : (Ex : Maladie de longue durée) :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

N° de tél :

RENSEIGNEMENTS PERSONNES A CONCTACTER :

Personne à contacter : (Lien :))

Nom :

Prénom : Téléphone : / / / /

Personne à contacter : (Lien :))

Nom :

Prénom : Téléphone : / / / /

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler sans délai toute modification concernant mon état de santé.

J'autorise le cas échéant, en cas d'urgence, le **Directeur de la Maison Familiale Rurale de « Moissac »** responsable de l'établissement à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'impossibilité pour joindre un membre cité ci-dessus ou en cas de force majeure, j'autorise tout médecin responsable à faire pratiquer, le cas échéant, toute intervention chirurgicale ou médicale d'urgence rendue nécessaire par l'état de santé.

Cette autorisation est valable un an.

Fait à

Le...../...../.....

Signature de l'apprenant Majeur :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

2025/2026

FORMULAIRE CONSENTEMENT INFORMATIONS RECUEILLIES

FICHER INFORMATISÉ

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'administration pour votre inscription à la MFR de Moissac.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Institutions et administrations telles que : MFR, DRAAF, La Région, Education Nationale, OPCO, Pole Emploi, (...), selon votre statut et les nécessités de l'accompagnement à votre formation pendant 36 mois après la fin de la formation.

Nous collectons les données par informatique dans le cadre de la réalisation des services suivants :

- o Gestion administrative, pédagogique, financière (dont notamment règlement intérieur, GestiBase, contrat de scolarité et financier, charte informatique, dossier d'inscription, fiche soins et hospitalisation, autorisation pour l'usage de l'image et de la voix, autorisation de sortie, conventions de stage, contrats d'apprentissage ou de professionnalisation...)
- o Données collectées : Coordonnées du jeune et de ses parents (ou représentants).

L'accès à vos données personnelles est strictement limité au personnel administratif, pédagogique ou éducatif selon le besoin, et, le cas échéant, à nos fédérations institutionnelles, nos partenaires et nos sous-traitants. Ceux-ci sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable.

Les données sont conservées pendant la durée de la formation à la MFR et les 36 mois suivants. Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

Vos données ne sont ni vendues, ni échangées, ni louées, elles sont conservées en interne de manière sécurisée.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, en particulier la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous pouvez :

- Accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données ;
- Retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données ;
- Vous opposer au traitement de vos données ;
- Exercer votre droit à la portabilité de vos données.
- Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la Direction de la MFR (adresse courrier, postale et contact téléphonique).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

En cochant, j'autorise la MFR à utiliser mes données dans le cadre explicité ci-dessus.

NOM/PRENOM :

Signature de l'apprenant,

NOM/PRENOM :

Signature du représentant si mineur



ETAT CIVIL

PHOTO

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____
Prénoms : _____
Nationalité : _____ Date de Naissance :/...../.....
Ville : Département :
Adresse :
Code postal et ville :
Numéro de téléphone :/...../...../...../..... Mail :@.....

N° de sécurité sociale :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Pacs

Nombre d'enfant à charge : _____

PERSONNE À JOINDRE EN CAS DE PROBLÈME

Lien de parenté :
Nom : Prénom :
Téléphone :
Adresse :
Code postal / Ville :

MOYEN DE DEPLACEMENT : PERMIS B : OUI / NON Véhicule: OUI / NON

Vous ne possédez pas de permis et de véhicule personnel, comment vous déplacez-vous ? :

- Votre entourage vous transporte
- Vélomoteur, bicyclette
- Transports en commun

Cadre Réserve au centre de formation

Admis Entrée reportée Liste d'attente Refusé

Employeur : _____

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION**Documents à fournir**

RIB papier mentionnant l'IBAN, BIC (non manuscrit) au nom du stagiaire.	
Chèque de 126.00€ à l'ordre de la MFR de Moissac correspondant à : <ul style="list-style-type: none">• 35,00€ de frais de dossier• 91,00€ de frais de sélection.	
Une photocopie recto verso de la carte d'identité (pièce en cours de validité)	
Livret de famille	
2 photos d'identité (Merci de marquer votre nom au dos + en coller une sur le dossier de candidature)	
Extrait du casier judiciaire (bulletin numéro 3)	
Autorisation de droit à l'image (ci-joint)	
Formulaire consentement (ci-joint)	
Copie des diplômes obtenus (pour chaque diplôme étranger merci de fournir une attestation équivalente correspondant à un diplôme d'état français)	
Autorisation de soins correctement remplie (ci-jointe)	
Attestation de la carte vitale	
Un certificat de vaccinations / BCG, DT POLIO	
Un certificat médical de non contagion	
Fiche d'information relative à la santé (ci-joint)	
Une lettre de motivation	
Un curriculum vitae	
Demandeur d'emploi :	
Avis de situation pôle emploi	
Demandeur d'emploi rémunéré par la Région :	
Bulletin de salaires justifiant 910 heures d'activité salarié	
Décision de prise en charge du stage antérieur (AFPA,...)	
Attestation de la Caisse d'allocation familiale de moins de 3 mois (avec la mention RSA si besoin)	
Certificat de travail permettant d'établir la période de référence	
Si vous avez une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	
Décision de CDAPH de reconnaissance de la qualité TH.	

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e) _____
déclare n'avoir pas fait l'objet d'interdiction administrative ni de
condamnation pénale en raison d'une infraction incompatible avec les
professions ouvertes aux titulaires du DEAES (article L227-10 du CASF et
L133-6 du CASF)

Fait à _____ Le / /

Signature :

précédée de la mention « lu et approuvé »

SITUATION ADMINISTRATIVE A L'ENTREE

Partenaire vous ayant orienté :

- Pôle emploi : de quelle ville : _____ Conseiller : _____
- Mission locale : de quelle ville : _____
- Centre de formation : de quelle ville : _____
- Employeur : _____
- Démarche personnelle

Vous êtes demandeur d'emploi : OUI NON

Vous êtes inscrit au Pôle Emploi de _____ depuis le/...../.....

Durée d'inscription : _____

Numéro identifiant: _____ **OBLIGATOIRE**

Vous êtes en emploi : OUI NON:

Nom de la structure employeur : _____

Adresse _____

Code postal et ville : _____

Fonction occupée :

CDI

CDD : Date de fin:..... /..... /.....

Contrat de professionnalisation

Contrat d'apprentissage

MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE

ATTENTION : L'inscription en formation pourra être validée à l'issue de la sélection, qu'après validation d'un mode de financement

<input type="checkbox"/>	Pôle emploi
<input type="checkbox"/>	La Région
<input type="checkbox"/>	Employeur/ OPCO (Fournir une attestation de financement)
<input type="checkbox"/>	AGEFIPH
<input type="checkbox"/>	Contrat de professionnalisation ou d'apprentissage
<input type="checkbox"/>	Autre financement

SITUATION DE VERIFICATION DES EPREUVES D'ADMISSION:

Tous les diplômes mentionnés devront comporter les justificatifs correspondants

Diplômes obtenus : _____ Date d'obtention : ____/____/____

Diplômes obtenus : _____ Date d'obtention : ____/____/____

Diplômes obtenus : _____ Date d'obtention : ____/____/____

Niveau et année de fin de scolarité :

Je soussigné(e), Nom/ Prénom,.....
certifie l'exactitude des informations et des documents présentés et me porte candidat à la formation
d'Accompagnement Educatif et Social, session 2025/2026.

Signature du candidat :

A _____ Le ____/____/____

Autorisation d'enregistrement de l'image/de la voix

Conformément au droit à l'image, il est nécessaire d'obtenir l'autorisation expresse du candidat pour toute diffusion de photo ou vidéo.

1) Modes d'exploitation envisagés :

Support	Durée	Étendue de la diffusion	Prix
<input checked="" type="checkbox"/> En ligne	Illimité	<input checked="" type="checkbox"/> Internet (monde entier) <input checked="" type="checkbox"/> Extranet <input checked="" type="checkbox"/> Intranet	à titre gracieux
<input checked="" type="checkbox"/> Projection collective	Illimité	<input checked="" type="checkbox"/> Usage collectif dans les classes des élèves enregistrés <input checked="" type="checkbox"/> Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche <input checked="" type="checkbox"/> Usages de communication externe de l'institution	à titre gracieux
<input checked="" type="checkbox"/> Autre	Illimité		

2) Consentement du candidat :

On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement.

et je suis d'accord pour que l'on enregistre mon image ma voix.

Nom du candidat : Prénom : formation : DEAES	Date et signature du candidat concerné par l'enregistrement :
--	---

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement destiné à la MFR de MOISSAC dans le but d'accueillir en formation vous ou votre enfant. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux membres de l'équipe de la MFR.

RGPD : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la MFR de MOISSAC dans le but de gestion administrative et financière de la formation. Elles seront conservées durant et sont destinées au suivi des apprenants (élèves-stagiaires) de la formation initiale/continue. Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant le secrétariat de la formation initiale/continue de la MFR de moissac par téléphone 05.63.04.60.30 ou par mail mfr.moissac@mfr.asso.fr Je certifie avoir bien pris en compte les informations sur le RGPD.

Je soussigné(e), NOM et Prénom :

Pour la formation : **DEAES**

➤ Vous informe que j'ai bénéficié par le passé des dispositifs suivants :

- P.A.I. P.A.P. Aménagement d'épreuves
- Reconnaissance MDPH : Aide Humaine (A.V.S.)
- Aide matérielle
- Autre Préciser :
- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Aucun de ces dispositifs

➤ Souhaite que les mesures soient reconduites :

- Oui  **Fournir les justificatifs nécessaires** Non

➤ Vous informe que je présente des troubles de l'apprentissage :

- Dysorthographe Dyspraxie Trouble de l'attention (TDA/H)
- Dysphasie Dyscalculie Dyslexie
- Aucun

Autres lesquels :

Si vous refusez que les informations relatives aux troubles des apprentissages (ou autres situations pouvant entraîner des aménagements particuliers lors des sessions de formation en entreprise) soient communiquées aux entreprises par les membres de l'équipe chargés du suivi, merci de cocher la case suivante.

➤ Demande un aménagement d'épreuves pour l'examen du (aucune demande ne sera traitée sans justificatifs)

- DNB – Série professionnelle
- CAP
- Bac Pro
- BP
- BTS
- DEAES

➤ Je ne demande aucun aménagement d'épreuves à l'examen

Fait à

Le

Signature des parents,
Mention manuscrite « lu et approuvé »



Joindre impérativement les justificatifs (àagrafer à cette fiche de renseignements) :

PAI : ordonnance(s) à jour ET protocole d'urgence (le cas échéant), trousse médicale.

Veillez à vérifier la date de péremption des médicaments : ils doivent couvrir l'intégralité de la période de formation ou être renouvelés par vos soins le cas échéant.

PAP : PAP en cours précédemment. A défaut, des bilans (ou leurs conclusions) réalisés par des professionnels spécialisés.

Reconnaissance MDPH : notification MDPH en cours de validité, notamment si aide humaine ou matérielle nécessaire. PPS établi par la MDPH ou GEVA_SCO de la dernière ESS. Demande d'aménagement d'épreuves : voir dossier administratif.