

Bulletin d'inscription

Pour toute information complémentaire, contactez-nous à formationscodeps13@gmail.com

Si vous êtes en situation de handicap ou si vous avez des besoins particuliers, merci de nous contacter avant votre inscription : nous verrons ensemble si la formation du CoDEPS 13 peut vous accueillir dans de bonnes conditions matérielles et pédagogiques, ou si nous pouvons vous proposer une orientation.

FORMATION

Intitulé de la formation* :

Dates* : Lieu* :

PARTICIPANT.E

Nom* : Prénom* :

Fonction* : Téléphone* :

Courriel* :

Nom de la structure* :

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

COORDONNÉES DU RESPONSABLE DÉCISIONNAIRE

Nom* : Prénom* :

Fonction* :

Courriel* :

Pour valider l'inscription, nous demandons un chèque de caution de 50€ à l'ordre du CoDEPS13 (non encaissé et restitué à la fin de la formation). La formation étant financée, cela nous permet d'assurer l'engagement des participant.e.s.

BESOINS

Quels sont vos besoins vis-à-vis de la formation ?* :

.....
.....
.....

PROFIL PROFESSIONNEL

SECTEUR D'ACTIVITÉ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Etablissement de santé |
| <input type="checkbox"/> Assurance maladie / Mutuelle | <input type="checkbox"/> Médico-social |
| <input type="checkbox"/> Collectivité territoriale | <input type="checkbox"/> Organisme de formation (IFSI, université) |
| <input type="checkbox"/> Éducation Nationale | <input type="checkbox"/> Profession libérale |
| <input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> Recherche |
| <input type="checkbox"/> État (CAF, PJJ, ARS, Justice) | <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> |

PUBLICS TOUCHÉS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adolescent.e.s | <input type="checkbox"/> Petite enfance (0-6 ans) |
| <input type="checkbox"/> Adultes | <input type="checkbox"/> Patient.e.s |
| <input type="checkbox"/> Détenu.e.s | <input type="checkbox"/> Personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Migrant.e.s | <input type="checkbox"/> Personnes en situation de handicap |
| <input type="checkbox"/> Parents | <input type="checkbox"/> Publics en situation de précarité |
| <input type="checkbox"/> Jeunes adultes (18-25 ans) | <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfants (7-12 ans) | |

ZONE GÉOGRAPHIQUE D'INTERVENTION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Département 13 | <input type="checkbox"/> Aix / Pays d'Aix / Gardanne / Trets |
| <input type="checkbox"/> Salon / Arles / Tarascon | <input type="checkbox"/> Aubagne / La Ciotat |
| <input type="checkbox"/> Ouest Etang de Berre (Fos, Istres, Miramas, Saint Chamas) | <input type="checkbox"/> Marseille |
| <input type="checkbox"/> Pays de Martigues | <input type="checkbox"/> Région Sud PACA |
| <input type="checkbox"/> Est Etang de Berre (Vitrolles, Marignane, Berre l'Etang, Côte Bleue) | <input type="checkbox"/> National |
| | <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/> |

Inscription à retourner **au plus tard 2 semaines** avant la formation choisie à :
CoDEPS 13

25B avenue Jules Cantini 13006 MARSEILLE

formationscodeps13@gmail.com

Date : __ / __ / ____

Signature :

Données personnelles : Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les inscriptions, l'évaluation de la formation et à alimenter notre base de données. Celle-ci a pour but d'établir des statistiques sur nos formations. Vos données seront conservées sans limitation de durée, sauf en cas d'intervention de votre part. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les rectifier ou vous poser définitivement à leur traitement en vous adressant à formationscodeps13@gmail.com.

En signant ce document, j'atteste avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de ventes et le règlement intérieur