

Fiche d'Inscription Premier Secours en Santé Mentale

Module Standard

INFORMATIONS SUR LA FORMATION

Intitulé de la formation : Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)

Dates : le/...../.....

Lieu de la formation : 7 Boulevard Rembrandt 21000 DIJON

Organisme de formation : ACCORDS MAJEURS COACHING FORMATION

Formatrice : Madame VALLOT Cécilia

INFORMATIONS DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Structure / Employeur :

Fonction :

SITUATION DE HANDICAP – RQTH ET AMÉNAGEMENTS

Afin de garantir l'accessibilité de la formation à toutes et tous, merci de compléter la section ci-dessous.

Êtes-vous reconnu(e) travailleur(se) handicapé(e) (RQTH) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

Avez-vous besoin d'aménagements spécifiques pour suivre la formation dans de bonnes conditions ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de préciser (exemples : aménagement des horaires, supports adaptés, accessibilité des locaux, pauses supplémentaires, interprétariat, etc.) :

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

Ces informations sont confidentielles et utilisées uniquement afin de mettre en place les adaptations nécessaires.



7 boulevard Rembrandt
21000 Dijon



09 78 80 71 40



pole-administratif@accords-majeurs.fr
www.accords-majeurs.fr

MODALITÉS PRATIQUES

Financement de la formation :

☐ Personnel ☐ Employeur ☐ OPCO ☐ Autre :

CONSERVATION ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de cette fiche d'inscription font l'objet d'un traitement par l'organisme de formation, uniquement à des fins de gestion administrative, pédagogique et d'organisation de la formation PSSM.

Les données personnelles sont strictement confidentielles et ne sont accessibles qu'aux personnes habilitées.

Les informations relatives à la RQTH et aux besoins d'aménagement sont utilisées exclusivement pour mettre en place les adaptations nécessaires et ne sont en aucun cas transmises sans votre accord.

Les données sont conservées pour une durée conforme à la réglementation en vigueur et aux obligations légales de l'organisme de formation.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et de suppression des données vous concernant.

☐ J'ai pris connaissance des informations relatives à la conservation et au traitement de mes données personnelles.

☐ J'autorise l'organisme de formation à utiliser mes données personnelles (nom, prénom, adresse e-mail, téléphone) afin de me transmettre des informations relatives aux formations PSSM, aux ouvertures de nouvelles sessions et, plus généralement, aux actions de formation proposées.

Cette autorisation est valable jusqu'à retrait de mon consentement, que je peux exercer à tout moment par simple demande auprès de l'organisme de formation.

AUTORISATION ET ENGAGEMENT

Je soussigné(e) Madame/Monsieur certifie l'exactitude des informations fournies et souhaite m'inscrire à la formation PSSM mentionnée ci-dessus.

Date :/...../.....

Signature du/de la participant(e) :

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME DE FORMATION

Dossier reçu le :/...../.....

Dossier complet : ☐ Oui ☐ Non

Aménagements pris en compte : ☐ Oui ☐ Non

Observations :
.....
.....