

## Fiche de renseignement Formation Continue

### FORMATION : DEVENIR ASSISTANT DE SOINS EN GERONTOLOGIE

#### Etat civil

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Sexe (F pour Femme – M pour Masculin) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

#### Vie personnelle

Adresse : .....

Code postal : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Email : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : *(L'apprenant s'engage à informer la personne ci-dessous que ses coordonnées ont été transmises à la CRf)*

Prénom : ..... Nom : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

***Vous êtes en situation de handicap et vous souhaitez intégrer l'une de nos formations : Dans chaque établissement, un référent handicap est à votre écoute pour répondre à vos questions et étudier vos besoins avec vous. Souhaitez vous rencontrer notre référent handicap  oui  non***

#### Vie professionnelle

Dernier diplôme obtenu : .....

Obtenu le : .....

En emploi,  
Employeur : .....

Adresse employeur : .....

Téléphone:.....

A la recherche d'un emploi depuis le : .....

Ville du Pôle-Emploi d'appartenance : .....

N° identifiant : .....

## Financement de la formation

- Moi-même  
 Opco  
 Mon entreprise - Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° Siret : ..... Nom du responsable : .....

- Un organisme** - Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville – Pays : .....

Nom du responsable : ..... Montant : ..... Décision notifiée le : .....

Cette fiche est à renvoyer à l'institut dûment complétée, datée et signée avec les pièces mentionnées au verso

Date : .....

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations indiquées ci-dessus.  
 J'atteste avoir pris connaissance sur le site internet le programme, les modalités d'évaluation, la liste des formateurs, le règlement intérieur, les horaires, les coordonnées de la personne chargée des relations avec les stagiaires.

Signature (de l'apprenant ou de son représentant légal) :

*L'institut de formation IRFSS Croix Rouge Normandie collecte des données personnelles vous concernant, elles sont utilisées par la Croix rouge française pour la gestion du dossier administratif et pédagogique sur le fondement de son intérêt légitime. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Les destinataires sont les parties intéressées (CRf, Sous-traitants, Financiers,...) et la CNIL en cas de contrôle et à la demande de cette dernière. Ces données seront conservées le temps de la réalisation de la finalité précitée et conservées le cas échéant le temps de la Durée d'Utilité Administrative.*

*Le responsable de traitement est le président de la CRf et par délégation son Directeur Général. Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de suppression de vos données et d'un droit d'opposition pour motif légitime de limitation du traitement qui vous concerne. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à la Direction de l'IRFSS : [qualite.irfss-normandie@croix-rouge.fr](mailto:qualite.irfss-normandie@croix-rouge.fr). En cas de difficulté, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données personnelles, au siège de la CRf au 98 rue Didot -75014 Paris ou à l'adresse suivant : [DPO@croix-rouge.fr](mailto:DPO@croix-rouge.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).*