

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Merci de nous signaler tout changement intervenant au long de votre formation
(adresse, téléphone, mail...)

L'apprenant(e)

Nom : _____ Prénom usuel : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Dpt ou pays _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Code INE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reconnaissance Handicap & Demande d'aménagement de la formation

Etes-vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ? Oui Non

Si oui, vous êtes (merci de fournir l'attestation) :

- reconnu travailleur handicapé (RQTH) par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- titulaire de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » ;
- titulaire de l'allocation adulte handicapé (AAH) ;
- titulaire d'une rente du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ;
- Autre titre de reconnaissance de votre handicap ;

Handicap principal :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déficiences intellectuelles
<input type="checkbox"/> Troubles du spectre de l'Autisme
<input type="checkbox"/> Troubles psychiques
<input type="checkbox"/> Troubles du langage et des apprentissages | <input type="checkbox"/> Déficiences auditives
<input type="checkbox"/> Déficiences visuelles
<input type="checkbox"/> Déficiences motrices
<input type="checkbox"/> Cérébro-lésions |
|---|---|

Autre, Préciser : _____

Si multi-handicap, Préciser : _____

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagement(s) / de mesures de compensation pendant votre scolarité ? Oui Non

Si oui lesquels : _____

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements à un examen pendant votre scolarité ? Oui Non

Si oui lesquels : _____

Pour ce cursus de formation, avez-vous besoin d'aménagements ou de mesures de compensation spécifiques :

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| au Pôle formation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| en entreprise | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu oui à au moins une question, merci de contacter la Référente Handicap du Pôle formation (Christelle CARREAU – 07 88 82 13 98) et de lui fournir les documents utiles afin d'assurer votre bonne prise en charge (PAI, PPS, PAP, Bilan orthophonique ou autre, aménagement d'examen antérieur)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Merci de nous signaler tout changement intervenant au long de votre formation
(adresse, téléphone, mail...)

Les représentants légaux

Situation parentale : Mariés ou vivant maritalement Séparés Veuf (ou veuve)

PERE TUTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone du domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Email (adresse consultée régulièrement pour le suivi de votre enfant) : _____ @

Profession : _____

Employeur : _____ Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

MERE TUTRICE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone du domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Email (adresse consultée régulièrement pour le suivi de votre enfant) : _____ @

Profession : _____

Employeur : _____ Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Equipements de Protection Individuelle

Pour votre formation professionnelle en atelier, **le port des EPI est obligatoire**. Vous ne serez pas accepté(e) en atelier sans ces équipements.

Pour les nouveaux entrants, le CFAI vous **fournit votre 1^{er} équipement**.

Pour toute autre situation (achat d'un 2nd jeu, perte, EPI endommagé, taille...), vous devez **régler au CFAI un montant de 85€ pour un nouvel équipement complet**.

Taille Blouson : _____ Taille Pantalon : _____ Taille T. Shirt : _____ Pointure chaussures : _____
(0-1-2-3-4-5-6) (0-1-2-3-4-5-6) (XS-S-M-L-XL-XXL-XXXL) (36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48)

Veillez à utiliser le guide des tailles en pièce jointe

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*Merci de nous signaler tout changement intervenant au long de votre formation
(adresse, téléphone, mail...)*

Demande de consentement (Autorisation à utiliser mes données personnelles dans le cadre de ma formation ou de mon suivi par la Chargée d'Accompagnement socio-professionnel et Référente Handicap)

Nom – prénom de l'apprenant(e) : _____

Si mineur(e) : nom – prénom du représentant légal : _____

Autorise le Pôle formation UIMM Grand Ouest Normandie à utiliser mes données personnelles dans le cadre de ma formation, et cela en accord avec la politique de protection des données.

J'accepte de ce fait que mes coordonnées et informations diverses soient transmises aux responsables de mon entreprise, aux organismes avec lesquels le Pôle formation UIMM Grand Ouest Normandie a des partenariats pour les besoins de ma formation.

Dans le cadre du suivi par la Chargée d'Accompagnement socio-professionnel et Référente Handicap, celle-ci est amenée à recueillir des données vous concernant (nom, prénom, domiciliation, situation de handicap, données à caractère médical, parcours de formation et structure de rattachement, employeur et aides à la compensation du handicap mises en place, données financières...). Nous vous informons que ces données sont informatisées et gérées en interne. Elles peuvent faire l'objet d'échanges avec les partenaires intervenant dans votre parcours de formation.

Conformément au Règlement de la Protection des Données, je peux exercer un droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier en contactant le Pôle formation UIMM Grand Ouest Normandie à l'adresse de messagerie suivante : poleformation@fibn.fr

La conservation de vos données personnelles sera égale à la durée de votre contrat d'apprentissage + 10 ans.

Fait à : _____ le : _____

Nom Prénom de l'apprenant
(lu et approuvé Signature)

Si l'apprenant est mineur(e), Nom Prénom du représentant légal
(lu et approuvé Signature)

Pièces à joindre

-  Copie du permis de conduire ou à défaut, de l'ASSR 2
-  Copie de l'attestation de recensement pour les -18 ans et copie du certificat individuel de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) pour les +18 ans
-  Carte d'identité recto/verso,
-  Pour les apprenants de nationalité étrangère, titre de séjour ou récépissé de demande de titre

Les documents (fiche de renseignements, autorisation de traitement, droit à l'image, autorisation de sortie pour les mineurs, bulletin d'adhésion à l'Amicale et les pièces à joindre) **sont à retourner dès réception de préférence par mail en format PDF**
pour les sites de Caen et Vire : gestion.alternance@fibn.fr
pour le site de Damigny/Alençon : gestion.alternance.alencon@fibn.fr
pour le site de Cherbourg : gestion.alternance.cherbourg@fibn.fr
ou à défaut par courrier.

Une attestation de formation sera disponible dans votre espace NETYPAREO le jour de votre rentrée.