



# DEMANDE DE CONSENTEMENT RÈGLEMENT INTÉRIEUR – CHARTE INFORMATIQUE

## Demande de consentement - Règlement intérieur - Charte informatique

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](mailto:poleformation@fibn.fr). La conservation de vos données personnelles sera égale à la durée de votre contrat d'apprentissage + 10 ans.

**déclare avoir pris connaissance des documents suivants disponibles sur le site internet du Pôle formation UIMM :**

- du règlement intérieur** du Pôle formation UIMM GON
- de la charte informatique** du Pôle formation UIMM GON
- et m'engage à les respecter**

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

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

# RECONNAISSANCE HANDICAP & DEMANDE AMÉNAGEMENT FORMATION

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom usuel : \_\_\_\_\_

Etes-vous bénéficiaire de l'**obligation d'emploi des travailleurs handicapés** (OETH) ?  Oui  NonSi 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"/> Déficiences auditives |
| <input type="checkbox"/> Troubles du spectre de l'Autisme          | <input type="checkbox"/> Déficiences visuelles |
| <input type="checkbox"/> Troubles psychiques                       | <input type="checkbox"/> Déficiences motrices  |
| <input type="checkbox"/> Troubles du langage et des apprentissages | <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 – [christelle.carreau@fibn.fr](mailto:christelle.carreau@fibn.fr)) 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)