

# Bulletin d'inscription

Afin de valider votre inscription, nous vous remercions de remplir l'ensemble des champs ci-dessous

## Formation

---

Intitulé de la formation : .....

Dates : ..... Lieu de la formation : .....

## Identité du participant

---

Madame

Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Tél : .....

Courriel : .....

## Coordonnées postales

---

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

BP/CS : ..... Code postal : ..... Ville : .....

## Signataire de la convention de formation

---

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Courriel : .....

## Modalités de prise en charge

---

Formation subventionnée

Formation payante :

prise en charge par la structure  
*(Règlement à réception de la facture)*

prise en charge par un organisme tiers  
*(Merci de renseigner les coordonnées  
de l'organisme tiers)*

## Organisme tiers à facturer

---

Nom de l'organisme: .....

Adresse : .....

BP/CS : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Courriel : ..... N° dossier : .....

## Profil du participant

La réponse aux questions suivantes est facultative mais très utile. UNE SEULE REPONSE PAR ITEM. Merci

### Catégorie de métiers

Animateur / Educateur sportif	Étudiant / Collégien / Lycéen
Animateur territorial de santé	Professionnels du soin
Chargé de projet/ Chargé de mission	Travailleurs sociaux
Directeur / Coordinateur / Responsable	Usagers (particuliers)
Documentaliste	
Enseignant / Formateur	Autre : .....

### Catégorie d'acteurs

Acteurs de terrain	Experts en sciences humaines et sociales
Agents de l'administration publique	Formateurs
Chercheurs	Prestataires
Consultants	
Élus	Autre : .....

### Secteur d'activité

Association	État
Assurance maladie / Mutuelle / MSA	Hôpital, Clinique
Caisse d'allocation familiale	Médico-social
Collectivité territoriale	Organisme de formation
Éducation nationale	Profession libérale
Enseignement privé	Recherche
Entreprise	Autre : .....

### Milieu

Milieu de soins	Milieu scolaire
Milieu du travail	
Milieu pénitentiaire	Autre : .....

### Public

Adolescence	Patients
Adulte	Personnes âgées
Détenus	Personnes en situation de handicaps
Enfance	Publics en situation de précarité
Migrants	
Parents	Autre : .....

### Zone géographique d'intervention

Côtes d'Armor	National
Finistère	Région Bretagne
Ille-et-Vilaine	
Morbihan	Autre : .....

Données personnelles : Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à alimenter notre base de données informatique. Celle-ci a pour but d'établir des statistiques sur nos formations, séminaires, etc. et de vous informer de nos activités. Conformément à la loi « *informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à [contact@irepsbretagne.fr](mailto:contact@irepsbretagne.fr). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vos droits sur le site de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits>).

Date : .....

Date : .....

Signature du participant :

Cachet et signature du responsable autorisant le départ en formation :

**Inscription à retourner au plus tard  
30 jours avant la formation choisie à :**

Emilie Blanchet – IREPS BRETAGNE  
4 A rue du Bignon, 35000 RENNES  
02 99 50 64 33  
[contact@irepsbretagne.fr](mailto:contact@irepsbretagne.fr)