

BULLETIN D'INSCRIPTION – REVUE HORIZON PLURIEL

Partie A

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

Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Fonction : Structure :

Adresse :

BP/CS :

Code postal : Ville :

Tél :

E-mail :

Partie B

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

CATEGORIE DE METIERS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> animateur / Educateur sportif | <input type="checkbox"/> Étudiant / Collégien / Lycéen |
| <input type="checkbox"/> animateur territorial de santé | <input type="checkbox"/> Professionnels du soin |
| <input type="checkbox"/> Chargé de projet/ Chargé de mission | <input type="checkbox"/> Travailleurs sociaux |
| <input type="checkbox"/> Directeur / Coordinateur / Responsable | <input type="checkbox"/> Usagers (particuliers) |
| <input type="checkbox"/> Documentaliste | Autre : |
| <input type="checkbox"/> Enseignant / Formateur | |

CATEGORIE D'ACTEURS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acteurs de terrain | <input type="checkbox"/> Experts en sciences humaines et sociales |
| <input type="checkbox"/> Agents de l'administration publique | <input type="checkbox"/> Formateurs |
| <input type="checkbox"/> Chercheurs | <input type="checkbox"/> Prestataires |
| <input type="checkbox"/> Consultants | Autre : |
| <input type="checkbox"/> Élus | |

SECTEUR D'ACTIVITE

- Association
- Assurance maladie / Mutuelle / MSA
- Caisse d'allocation familiale
- Collectivité territoriale
- Éducation nationale
- Enseignement privé
- Entreprise

- État
- Hôpital, Clinique
- Médico-social
- Organisme de formation
- Profession libérale
- Recherche
- Autre :

MILIEU

- Milieu de soins
- Milieu du travail
- Milieu pénitentiaire

- Milieu scolaire
- Autre :

PUBLIC

- Adolescence
- Adulte
- Détenus
- Enfance
- Migrants
- Parents

- Patients
- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicaps
- Publics en situation de précarité
- Autre :

ZONE GEOGRAPHIQUE D'INTERVENTION

- Côtes d'Armor
- Finistère
- Ille-et-Vilaine
- Morbihan

- National
- Région Bretagne
- 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. 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>).

Inscription à retourner à :

Emilie Blanchet – IREPS BRETAGNE
4 A rue du Bignon, 35000 Rennes
02 99 50 64 33
magdalena.sourimant@irepsbretagne.fr