



**ÉCOLE  
SUPÉRIEURE  
DE PRAXIS  
SOCIALE**

4, rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE  
03 89 33 20 00

Déclaration d'existence : 42680017768

# Bulletin d'inscription

## **FORMATION COORDONNER des ACTIVITES & des PROJETS dans le DOMAINE du SOCIAL & de la SANTE**

**A retourner par voie postale pour le 29 mars 2024  
au plus tard**

***Accompagné d'une lettre de motivation***

**à :**

Ecole Supérieure de Praxis Sociale  
Service de Formation Continue  
4 rue Schlumberger  
68200 MULHOUSE

« Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous disposez de la faculté d'exercer, dans les hypothèses définies par la réglementation, des droits d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité portant sur les données vous concernant ainsi que du droit de demander la limitation ou de s'opposer au traitement. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à la direction de Praxis, 4 rue Schlumberger - 68200 Mulhouse, ou en adressant un courrier électronique à [direction@praxis.alsace](mailto:direction@praxis.alsace). Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle, à savoir, la CNIL. »

## Etat civil

Mme  Mlle  M.

Nom et prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance .....

RQTH oui  non

Adresse.....

Code postal : ..... Commune :

N° téléphone personnel : ..... Portable :

N° téléphone professionnel :

Courriel :

Photo

## Situation professionnelle actuelle

Fonction exercée : .....

Employeur : .....

### Siège social :

Nom du directeur : Mme  Mlle  M.  .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone : ..... N° fax : .....

Courriel : .....

### Lieu d'exercice professionnel (si différent) :

Nom du directeur : Mme  M.  .....

Dénomination de l'établissement : .....

Adresse.....

Code postal : ..... Commune : .....

N° téléphone : ..... N° fax : .....

Courriel : .....

## Principaux diplômes scolaires, professionnels, universitaires

Date d'obtention	Intitulé du diplôme	Lieu de formation

## Principales expériences professionnelles

Date de début	Durée	Fonction	Employeur

## Mode de financement envisagé

Organisme employeur : à préciser (OPCO, AGEFOS, UNIFORMATION, etc...)

.....

A titre personnel

Autre, précisez.....

## Signataire de la convention de formation (OPCO ou EMPLOYEUR)

Mme  Mlle  M.

Nom et fonction du signataire : .....

Dénomination de l'établissement .....

N° téléphone : ..... N° fax :

Courriel : .....

Fait à ..... Le .....

Le Directeur  
Signature et cachet

Le Stagiaire  
Signature