



**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 et d'une photo d'identité

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. 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 :

Situation professionnelle actuelle

Fonction exercée :

Employeur :

Siège social :

Nom du directeur : Mme M.

Adresse :

Code postal : Commune :

N° téléphone :

Courriel :

Lieu d'exercice professionnel (si différent) :

Nom du responsable direct : Mme M.

Dénomination de l'établissement :

Adresse.....

Code postal : Commune :

N° téléphone :

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