



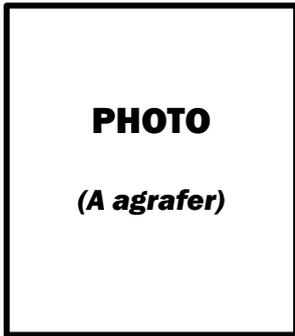
DOSSIER D'INSCRIPTION DEFINITIVE
FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
&
MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE
CANDIDATS PARCOURSUP

FICHE D'INSCRIPTION
Rentrée de Septembre 2025

ENVOI UNIQUEMENT PAR COURRIER* :

IFPM du CHSF
40 avenue Serge Dassault
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

*(*Le cachet de la poste faisant foi)*



Cochez votre formation :
<input type="checkbox"/> SOINS INFIRMIERS
<input type="checkbox"/> MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE

IDENTITE DU CANDIDAT

N° Parcoursup :

NOM de naissance :

Prénom :

NOM marital :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Pays de naissance :

Adresse postale :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone : / / / /

Mail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone : / / / /

RESILIATION

En cas de désistement, aucun règlement des frais d'inscription ne sera remboursé après la clôture des inscriptions.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document.

Je déclare avoir pris connaissance que les informations recueillies sur ce dossier font l'objet d'un traitement informatisé.

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données du fichier qui me concerne, droit que je peux exercer auprès des Instituts de Formations Paramédicales du Centre Hospitalier Sud Francilien.

Fait à : Le : / /

Signature :

DOCUMENTS A JOINDRE *

<input type="checkbox"/> Photo d'identité agrafée	
<input type="checkbox"/> Photocopie couleur recto/verso de la pièce d'identité ou titre de séjour (<i>valide pour toute la durée de la formation</i>)	
<input type="checkbox"/> 2 Photocopies de l'attestation de droits à l'assurance maladie (Sécurité sociale)	
<input type="checkbox"/> Règlement du droit annuel d'inscription 175 € uniquement par chèque à l'ordre de : « REGIE IFSI CH SUD FRANCILIEN »	
<input type="checkbox"/> 3 timbres autocollants (tarif en vigueur)	
<input type="checkbox"/> Attestation de la C.V.E.C : Annexe 1	
<input type="checkbox"/> Fiche de renseignements administratifs et financiers : Annexe 2 ⇨ Joindre les justificatifs	
<input type="checkbox"/> Fiche de renseignements pour le remboursement des frais de transport et indemnités de stage : Annexe 3	
<input type="checkbox"/> Autorisation d'utilisation de droit à l'image à titre gracieux : Annexe 4	
<input type="checkbox"/> Formulaire de consentement pour la gestion des données personnelles : Annexe 5	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance de Responsabilité Civile et Professionnelle (stages paramédicaux) pour l'année de formation. (Possibilité de l'obtenir auprès de certains partenaires présentes le jour de la pré-rentree).	
<input type="checkbox"/> RIB à votre NOM, daté et signé	
<input type="checkbox"/> Justificatif MDPH uniquement en cas de tiers temps : <i>si concerné</i> Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) – mdphe@cg91.fr	
<input type="checkbox"/> Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau 2 (datant de moins de 4 ans si obtention)	
<input type="checkbox"/> Attestation d'admission en première année de l'enseignement supérieur année 2025-2026 (Attestation Parcoursup)	
<input type="checkbox"/> Attestation de formation préparatoire à l'entrée en IFSI (document officiel de Parcoursup recto-verso) : <i>si concerné</i>	
Pour les Néo-bacheliers (étudiants en terminale)	
<input type="checkbox"/> Photocopie du relevé de notes du Baccalauréat (à fournir rapidement après les résultats)	
Pour les détenteurs d'un Baccalauréat ou équivalence	
<input type="checkbox"/> Photocopie du diplôme	
Pour les détenteurs d'un Baccalauréat Hors Union Européenne	
<input type="checkbox"/> Attestation d'équivalence ou de comparabilité pour les diplômes étrangers (Enic-Naric) A demander au C.I.E.P – site internet : www.ciep.fr/enic-naric	
<input type="checkbox"/> Attestation B2 (niveau de français du CECRL)	
Pour les détenteurs d'un autre diplôme (enseignement supérieur, DEAS, DEAP, ...)	
<input type="checkbox"/> Photocopie du diplôme	
Pour les candidats ayant saisi manuellement dans Parcoursup les notes et/ou appréciations	
<input type="checkbox"/> Copie des bulletins scolaires ou universitaires	
Pour les candidats pris en charge par l'employeur ou organisme financeur	
<input type="checkbox"/> Attestation de financement du droit annuel d'inscription et/ou de la formation	

*Indique la liste des documents obligatoires

INFORMATIONS IMPORTANTES 1/2

PHASE D'ADMISSION	<p>Proposition d'admission sur Parcoursup acceptée entre le 02/06/2025 et le 09/07/2025 :</p> <p>Vous avez jusqu'au <u>18/07/2025 (23h59)*</u> pour effectuer votre inscription administrative aux IFPM</p> <p><i>*En cas de désistement après le 18/07/2025, aucun règlement des frais d'inscription ne sera remboursé</i></p>
Pré-rentée administrative et pédagogique INFIRMIER	<p>Le 25 et 26 août 2025 De 9h00 à 17h30</p> <p>PRESENCE OBLIGATOIRE LES 2 JOURS</p>
Pré-rentée administrative et pédagogique MANIPULATEUR	<p>Le 25 août 2025 De 9h00 à 17h30</p> <p>PRESENCE OBLIGATOIRE</p>
RENTÉE SCOLAIRE	Lundi 1^{er} Septembre 2025
COÛTS FINANCIERS DE LA FORMATION TARIFS 2025 (Sous réserve de modifications)	<p>Ces informations détermineront votre participation financière éventuelle, d'où l'intérêt d'étudier l'impact financier de la formation dans vos projets.</p> <p>✓ A JOINDRE : Fiche de renseignements administratifs et financiers : Annexe 2</p> <p>La formation en Institut de Formation a un coût annuel, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Droit annuel d'inscription : - 175 € (A régler au moment de l'inscription) / 2 770 € (Extra Communautaire) - Frais de formation (financement individuel) : - 7 110 € (Infirmier) / 8 230 € (Manipulateur) - Frais de formation (autres financements : employeurs ou organismes financeurs) : - 7 500 € (Infirmier) / 8 620 € (Manipulateur)
DOSSIER MÉDICAL	<p>➔ Le DOSSIER MÉDICAL vous sera envoyé par mail après réception de votre dossier de confirmation d'inscription définitive.</p> <p>✓ L'admission des élèves en formation est subordonnée à la production du DOSSIER MÉDICAL COMPLET, à fournir sous enveloppe à votre NOM, prénom et filière LE JOUR DE LA PRÉ-RENTÉE :</p> <p>➤ Prévoir dès maintenant vos rendez-vous médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecin Agréé (Médecin figurant sur la liste de l'ARS¹) : Au plus tard le premier jour de la rentrée • Médecin Traitant (Médecin généraliste) : Au plus tard le jour de la première entrée en stage <p style="text-align: center;">(Pas de départ en stage sans dossier à jour).</p> <p><i>*Veuillez garder une copie des certificats médicaux, ils seront à déposer ultérieurement sur la plateforme Moodle.</i></p> <p style="text-align: center;">¹Lien pour obtenir la liste des médecins agréés de votre département : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france</p>

INFORMATIONS IMPORTANTES 2/2

RAPPEL Inscription	<p>→ L'admission définitive n'est effective que si le dossier d'inscription est complet. Lors de la rentrée scolaire, tous les étudiants doivent être en règle avec les formalités administratives et médicales concernant leur inscription au sein des IFPM et de l'université. La direction des IFPM se réserve le droit de refuser l'accès à l'étudiant dont le dossier ne serait pas complet.</p> <p>→ Assurer vous d'avoir à minima une semaine avant votre pré-rentrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réglé les droits annuels d'inscription ✓ Fourni l'attestation CVEC* <p style="margin-left: 40px;">* Contribution Vie Etudiante et de Campus : Voir note d'information : Annexe 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Créé votre adresse Gmail : Voir page 5
Dossier administratif	<ul style="list-style-type: none"> • Les étudiants s'engagent à tenir à jour les données administratives les concernant (adresse postale, téléphone, mail, etc...). • L'IFPM décline toute responsabilité en cas d'envoi d'un courrier à une adresse non actualisée par l'étudiant, celui-ci ne pourra opposer aucun recours à ce sujet.
Certificat de scolarité	<ul style="list-style-type: none"> • Le certificat de scolarité sera délivré qu'à partir de la date officielle de la rentrée et que lorsque le dossier de l'étudiant sera complet.
LOGEMENT	<p style="text-align: center;">Votre inscription à l'IFPM vous permet de bénéficier d'une place prioritaire au sein de la résidence universitaire de Corbeil-Essonnes : https://www.seqens.fr/votre-demande-de-logement-a-corbeil-essonnes/chantemerle-a-corbeil-essonnes-91/</p> <p style="text-align: center;">Pour plus informations, nous vous invitons à consulter notre site internet : https://www.chsf.fr Onglet ENSEIGNEMENT puis : INSTITUTS DE FORMATION</p>

L'équipe pédagogique et administrative reste à votre disposition pour répondre à vos questions et nous vous souhaitons d'ores et déjà la bienvenue au sein de l'IFPM du CHSF.

<p>DIRECTION DES INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMEDICALES IFSI – IFMEM – IFAS – IFAP – Formation Continue</p> <p>Marie-Paule SAULI Coordonnatrice Générale des Soins Directrice</p>	<p>INSTITUTS DE FORMATIONS PARAMEDICALES (IFPM) DU CHSF - CHA</p> <p>Accueil Tél : 01.61.69.66.15 Mail : ifsi@chsf.fr Site internet : www.chsf.fr</p> <p>Adresse physique : 2 rue Pierre Fontaine – 91000 EVRY</p> <p>Adresse postale : 40 avenue Serge Dassault – 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex</p>
--	--

CRÉATION ADRESSE MAIL

→ **Cette adresse sera le seul moyen de communication avec l'IFPM du CHSF**

➤ **Créez une adresse email avec : www.gmail.com**

Pour la formation en Soins Infirmiers :

➤ Respectez le format suivant :

nomdenaissanceprenomifsi25@gmail.com

Exemple : dupontmarieifsi25@gmail.com

Pour la formation Manipulateur d'électroradiologie médicale :

➤ Respectez le format suivant :

nomdenaissanceprenomifmem25@gmail.com

Exemple : dupontmarieifmem25@gmail.com

→ **Envoyez un courriel de confirmation depuis votre compte Gmail à cette adresse :**

secretariat.pedagogique@chsf.fr

A PARTIR DE FIN AOÛT :

Si votre adresse est conforme et votre inscription acquittée, vous recevrez fin août un courriel vous indiquant votre identifiant et mot de passe d'accès à votre environnement numérique de travail :

« **Moodle** », des cours seront en ligne sur cette plateforme d'apprentissage gratuite.

Vous devez prévoir un équipement informatique individuel (ordinateur) et une connexion internet afin de suivre la formation.

Le courriel est émis par support@ifpm-sudfrancilien.fr, vérifiez régulièrement vos spams.

➤ **Pour effectuer votre première connexion sur « Moodle » :**

Changez votre mot de passe comme demandé.

En cas de difficulté de connexion, contactez : support@ifpm-sudfrancilien.fr

DEMANDE DE BOURSE

➤ Pour les demandes de bourse, les démarches sont à effectuer directement par l'apprenant sur **le site du Conseil Régional d'Ile-de-France** :

<https://ma-bourse-sanitaire-ou-sociale.iledefrance.fr>

➤ **Le dépôt de demande de bourse est désormais possible tout au long de l'année.**

N° Matricule de l'établissement

IFSI - IFAS – IFAP : 52hs77

IFMEM : n7493f

	<h2>NOTE D'INFORMATION</h2> <h3>C.V.E.C</h3>	<p>Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud</p> <p>OS/IFPM/ADM/001/C</p> <p>Page 1/1</p>	
Date de création : 27/06/2019	Date d'application : 15/07/2019	Date de révision : 19/06/2030	Date de mise à jour : 19/06/2025

ANNÉE SCOLAIRE 2025 – 2026

Depuis le 1^{er} juillet 2018, tous les étudiants inscrits en formation initiale dans un établissement d'enseignement supérieur doivent s'acquitter de **la Contribution Vie Etudiante et de Campus (CVEC)** fixé par la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 auprès du CROUS.

Démarches obligatoires à effectuer

- 1 - Vous connectez sur le site : [MesServices.Etudiant.fr](https://meservices.etudiant.fr) et régler votre cotisation de 105 euros (tarif année scolaire 2025) en ce qui concerne la C.V.E.C.
- 2 - Joindre votre attestation C.V.E.C. à votre dossier d'inscription.

Aucune inscription ne sera prise en compte sans la présentation de l'attestation C.V.E.C.

Etudiants exonérés

Même exonérés, vous devez obtenir puis présenter votre attestation d'acquiescement

L'étudiant déclare, sur l'application CVEC, son motif d'exonération et joint les pièces justificatives, sous 2 jours ouvrés. Le CROUS étudie la cohérence des pièces et répond à l'étudiant, soit l'attestation d'acquiescement lui est immédiatement délivrée, soit l'étudiant est invité à régler sa CVEC.

- ⇒ Les étudiants réfugiés.
- ⇒ Les étudiants bénéficiaires de la protection subsidiaire.
- ⇒ Les étudiants enregistrés en qualité de demandeurs d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire.

Cas particulier

- ⇒ Les étudiants boursiers doivent s'acquiescement de leur CVEC par paiement, **une fois inscrits et détenteurs de leur notification de bourse**, ils demandent auprès du CROUS le remboursement, uniquement via l'application CVEC entre août 2025 et octobre 2025.

Etudiants non concernés par la CVEC

- ⇒ Les étudiants admis par la voie professionnelle continue ne sont pas assujettis à la CVEC, ils n'ont donc pas besoin de présenter d'attestation de CVEC (ou de numéro de CVEC). Par contre ils doivent justifier pour la faculté de leur admission par la voie FPC (soit par la lettre d'admission en formation, par un certificat de scolarité avec la mention « Formation professionnelle continue », soit par une lettre de prise en charge financière d'un employeur ou organisme,).

ANNEXE 2



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

Direction des IFPM du
GHT Ile-de-France Sud

ES/IFPM/ADM/052/F

Page 1/2

Date de création : 24/10/2019

Date d'application : 24/10/2019

Date de révision : 19/06/2030

Date de mise à jour : 19/06/2025

RENTRÉE SEPTEMBRE 2025

Cochez votre formation :

INFIRMIER

MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

AIDE-SOIGNANT

AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse courante durant votre formation :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Votre numéro de Sécurité Sociale :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM Prénom :

Téléphone :

Possédez-vous un véhicule :

Oui

Non

Si non, avez-vous la possibilité d'un prêt de véhicule pour vous rendre en stage : Oui Non

Situation à l'entrée en formation :

En activité, préciser le type de contrat (fonctionnaire, contractuel de droit public, salarié, CDI, CDD, ...)

.....

En recherche d'emploi, préciser si vous êtes inscrit à France Travail

.....

En poursuite d'étude, préciser date de sortie du système scolaires :

.....

ANNEXE 2 - Suite

⇒ **Vous allez entrer en formation, votre statut est considéré à l'entrée en formation et vaut pour toute la durée de la formation.**

➤ **Cochez la case correspondante à votre situation :**

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGION ILE DE FRANCE

Vous devez être en formation initiale en cursus complet pour les formations Infirmier, Aide-soignant, Auxiliaire de Puériculture, Manipulateur en électroradiologie Médicale ou être en cursus partiel sur la formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture et être titulaire d'un baccalauréat professionnel ASSP, SAPAT ou d'un CAP « Accompagnant Educatif de la Petite Enfance ».

Etre âgé de moins de 26 ans en poursuite d'étude sans interruption (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant) à l'exclusion des apprentis : **Joindre un certificat de scolarité**

Etre âgé de moins de 26 ans avec interruption de scolarité de moins de deux ans avant le démarrage de la formation à l'exclusion des apprentis : **Joindre un certificat de scolarité**

Avoir effectué un service civique qui s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation : **Joindre un justificatif**

Etre demandeur d'emploi et inscrit sur les listes de France Travail : **Joindre un justificatif**

N° identifiant : Région Agence France Travail :

Adresse mail conseiller France Travail :

Etre bénéficiaires d'un P.E.C. (Parcours Emploi Compétences) : **Joindre un justificatif**

Etre bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) : **Joindre un justificatif de la C.A.F.**

Avoir effectué une passerelle post-bac quand les étudiants relèvent des critères d'éligibilité régionaux mentionnés ci-dessus

Etre apprenants relevant du SPRF (Service Public Régional de Formation) : être sortis du système scolaire depuis moins de deux ans (à l'exception faite des apprentis), ne pas avoir obtenu de diplôme, titre ou certification et inscrits **sur un parcours de formation complet en formation Aide-Soignant ou Auxiliaire de Puériculture**. Sont concernés : les jeunes inscrits en mission locale, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de contrats aidés : **Joindre un justificatif**

NE SONT PAS PRIS EN CHARGE PAR LE CONSEIL REGIONAL ILE DE FRANCE

Pour la formation auxiliaire de puériculture en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER

Pour la formation aide-soignante en cursus partiel titulaire des diplômes suivant : DEAS, TPADVF, TPASMS, DEAES, ARM, AMBULANCIER, AMP

Les agents publics (y compris en disponibilité)

Les salariés du secteur privé

Toute personne ayant bénéficié d'une prise en charge partielle par Transitions Pro

Les abandons de formation intervenus dans le mois suivant l'entrée en formation

Les apprentis

Les personnes en validation des acquis de l'expérience (VAE)

Les médecins et les sages-femmes diplômés à l'étranger

Aides spécifiques France travail (AIF ...), attention vos demandes sont à faire **un mois avant l'entrée en formation.**

DATE :

SIGNATURE :

ANNEXE 3

	FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Bureau de paie) REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT INDEMNITÉS DE STAGE	<i>Direction des IFPM du</i> <i>GHT Ile-de-France Sud</i> ES/IFPM/ADM/039/D Page 1/1	
Date de création : 30/09/2019	Date d'application : 17/10/2019	Date de révision : 19/06/2030	Date de mise à jour : 19/06/2025

Cochez votre formation :
<input type="checkbox"/> SOINS INFIRMIERS
<input type="checkbox"/> MANIPULATEUR EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE

Matricule agent (réservé à la paie)

NOM de naissance : NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance : Département de naissance :

Nationalité :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

Téléphone : / / / /

N° de Sécurité Sociale personnel* :

Joindre impérativement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) à votre nom, daté et signé

* Joindre impérativement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale

Date :

Signature de l'étudiant :

ANNEXE 4

	<h1 style="margin: 0;">AUTORISATION D'UTILISATION DE DROIT A L'IMAGE A TITRE GRACIEUX</h1>	Direction des IFPM du GHT Ile-de-France Sud ES/IFPM/ADM/030/D Page 2/1	
Date de création : 19/09/2019	Date d'application : 23/09/2019	Date de révision : 19/06/2030	Date de mise à jour : 19/06/2025

Cochez votre formation :

<input type="checkbox"/> INFIRMIER	<input type="checkbox"/> MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE
<input type="checkbox"/> AIDE-SOIGNANT	<input type="checkbox"/> AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL DE L'IFPM	

PERSONNE FIGURANT SUR LE FILM / LA PHOTOGRAPHIE / L'ENREGISTREMENT :	
NOM de naissance :	Prénom :
NOM d'usage :	Date de naissance :
Si mineur, NOM et prénom du représentant légal :	

- Autorise
 N'autorise pas

L'Institut des Formations Paramédicales (IFPM) du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) sis 40 Avenue Serge Dassault, 91106 Corbeil-Essonnes Cedex, à exploiter, reproduire sur tout support et par tous procédés et à diffuser, sans contrepartie financière, la (ou les) photographie(s), le (les) film(s) et ou l'(les) enregistrement(s) me représentant, prises/réalisées dans le contexte suivant :

Date et lieu : - à compter de la rentrée scolaire, en septembre de chaque année
 - à l'IFPM du CHSF et au sein des lieux qui s'y rattachent

Objet et utilisation : Activités pédagogiques, gestion administrative de la scolarité, représentation¹ de l'IFPM du CHSF promouvant ses formations et les professions sanitaires en lien avec le projet pédagogique de l'Institut.

L'autorisation porte exclusivement sur une diffusion par ou sous le contrôle direct de l'IFPM du CHSF, sur support papier (plaquette, brochure d'information, affiche) ou dématérialisé, via Internet et en particulier sur les sites du CHSF et réseaux sociaux institutionnels.

L'IFPM du CHSF pourra faire tout usage des œuvres², dans les limites précitées et à l'exclusion d'un usage publicitaire (entendu comme une diffusion nécessitant l'achat d'espace publicitaire).

La présente autorisation est consentie pour le monde entier et sans aucune limite de temps sauf demande formalisée par le signataire.

Les légendes ou commentaires originels accompagnant la diffusion des œuvres ne devront pas porter atteinte à ma réputation, à ma vie privée, à mon intégrité.

Date :	Signature :
Si mineur, signature du représentant légal :	

¹ Représentation de l'Institut des Formations Paramédicales du CHSF : congrès, journées d'échanges, Journées Portes Ouvertes,...

² Œuvres : photographie(s), film(s) et ou enregistrement(s)



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA GESTION
DES DONNEES PERSONNELLES
(RGPD)**

Direction des IFPM du
GHT Ile-de-France Sud

ES/IFPM/QGR/052/E

Page 1/1

Date de création : 25/10/2023

Date d'application : 25/10/2023

Date de révision : 19/06/2030

Date de mise à jour : 19/06/2025

Cochez votre formation :

INFIRMIER

MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

AIDE-SOIGNANT

AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

Je soussigné(e),
NOM de naissance :

Prénom :

NOM d'usage :

Date de naissance :

Si mineur, NOM et prénom du représentant légal :

Donne par la présente mon consentement aux IFPM du CHSF pour la collecte, le traitement et l'utilisation de mes données personnelles conformément à la législation en vigueur et à la politique de confidentialité des IFPM¹.

Je consens à ce que mes données personnelles soient collectées et traitées par les IFPM aux fins suivantes :

- Gestion des inscriptions et de la scolarité
- Communication entre l'apprenant et l'IFPM
- Facturation
- Certification et diplôme d'état
- Données statistiques

Je comprends que mes données personnelles peuvent être partagées avec des tiers dans la mesure nécessaire à la réalisation de ces finalités, conformément aux lois applicables et à la politique de confidentialité des IFPM. Je consens également à ce que mes données personnelles puissent être stockées pour la durée nécessaire à l'atteinte des finalités susmentionnées et conformément aux politiques de conservation des IFPM.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits en vertu du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'Union européenne², y compris le droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et de portabilité des données. Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment en notifiant les IFPM par écrit.

Je certifie que les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

Le refus de consentement implique l'impossibilité d'être inscrit en formation aux IFPM du CHSF.

Date :

Signature :

Si mineur, signature du représentant légal :

¹ <https://www.chsf.fr/formation/instituts-de-formations/qualite-instituts-de-formation/>

² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.