

DOSSIER DE CANDIDATURE

À retourner dûment complété avec les pièces demandées pour l'inscription de la page 1 à la page 8

Formations proposées en partenariat avec PHYSICARE

Intitulé formation	
<input type="checkbox"/>	Education Thérapeutique du Patient (ETP)
<input type="checkbox"/>	ETP Polyopathologies
<input type="checkbox"/>	Expertise & Nouvelles technologies dans le traitement du diabète (mieux comprendre pour mieux accompagner)
<input type="checkbox"/>	Educateur Sportif Sport Santé (E3S)
<input type="checkbox"/>	Sport-Santé spécialité « Femme & Grossesse »

**Cocher la/les formation(s) souhaitée(s)*

Souhaitez-vous être accompagné(e) pour compléter le dossier de candidature ? Oui Non

Si oui, veuillez contacter le Pôle Formation au 0596 38 38 01 ou 0696 01 19 95

IDENTITÉ DU CANDIDAT

**Champ obligatoire*

Nom* :

Nom d'usage* :

Prénom(s)* :

Sexe* : Féminin Masculin

Etes- vous en situation de handicap : Oui Non

Si oui, souhaitez-vous être accompagné(e) dans votre parcours ? Oui Non

Date et lieu de naissance* :

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nationalité* :

Permis B : Oui Non

Si non, moyen de transport :

☎ Portable* : _____ Domicile : _____ Bureau : _____

@* :

DOMICILIATION

Adresse* :
.....
.....

Code Postal* : Ville* :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

1- STATUT

- Agent territorial Oui Non
 - Chef d'entreprise Oui Non
 - Micro-entrepreneur Oui Non
 - Indépendant Oui Non
 - Salarié(e) Oui Non
 - Autre Oui Non
- Préciser :
- Intitulé de votre poste :
 - Nombre d'années d'ancienneté :

Coordonnées :

ENTREPRISE/MICRO-ENTREPRENEUR/ INDÉPENDANT

Raison sociale :

N°SIRET :

Code APE :

Adresse de l'entreprise :

.....

.....

Déclaration INSEE :

Mail :

Tél :

COLLECTIVITÉ

Nom :

N° SIRET :

Lieu de travail (Résidence administrative) :

.....

Adresse :

.....

.....

Mail :

Tél :

- Contact au service ressources humaines :
- Nom/Prénom :
- Tél :
- Mail :

Fonctions exercées et description succincte de vos activités :

.....

Quelles sont les raisons qui motivent votre demande d'inscription ?

.....

Financement(s) de votre formation ?

- Entreprise
- Financement propre
- Compte Personnel de Formation (CPF)
- Opérateur de compétences (OPCO)

Précisez le nom de l'OPCO :

Autre, précisez :

Facturation

Nom de la structure destinataire de la facture :

Adresse :

Nom/Prénom du contact :

Tél :

Mail :



Quel sera votre mode de règlement ?

Par Carte bancaire

Par virement

(avec l'envoi par mail du récépissé de l'ordre de virement à : dir.formation@ims.mq)

Effectué par un Opérateur de compétences (OPCO) :

Nom de l'organisme :

Contact :

Adresse :

.....

CP/Ville :

Tél :

Mail :

2- DIPLÔMES SCOLAIRES ET/OU UNIVERSITAIRES*

Année	Intitulé	Établissement	Niveau	Date d'obtention	Copie du document (cadre réservé à l'IMS)
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

3- DIPLÔMES JEUNESSE & SPORTS ET/OU FÉDÉRAUX*

Année	Intitulé	DJSC Fédérations Organismes de formation	Niveau	Date d'obtention	Copie du document (cadre réservé à l'IMS)
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

Formation de la sécurité civile :

- AFPS** **PSC1** (+ date d'obtention) **PSE1** (+ date d'obtention) **PSE2** (+ date d'obtention)
 SST (+ date d'obtention)

Date :

4- ASSURANCE*

N° de Contrat Responsabilité Civile :

Nom de la compagnie d'Assurance :



Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)..... déclare sur l'honneur :

- ****** autoriser / ne pas autoriser l'Institut Martiniquais du Sport et PHYSICARE à diffuser sur le site internet, les réseaux sociaux et/ou le journal interne, ainsi que sur tout document de l'établissement les photos et/ou vidéos me concernant prises lors d'activités de formation. Cette autorisation n'est valable que dans ce cadre et ne peut donner lieu à aucune poursuite ni à une quelconque indemnisation.
- avoir pris connaissance des conditions d'inscription liées à la formation.
- attester que les renseignements fournis dans mon dossier d'inscription sont sincères et véritables. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

**** Cocher la case correspondante**

*Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'INSTITUT MARTINQUAIS DU SPORT – Quartier Mangot Vulcin - Route du Vert Pré – 97232 LE LAMENTIN, représenté par Grégory EUPHROSINE son représentant légal. Vos informations personnelles sont destinées à constituer votre dossier de candidature. La base légale du traitement est votre consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le Directeur général, la Responsable formation et/ou un collaborateur du service formation de l'IMS et à PHYSICARE.

En cas d'issue négative à votre candidature, l'INSTITUT MARTINQUAIS DU SPORT vous informera qu'il souhaite conserver votre dossier, afin de vous laisser la possibilité d'en demander la destruction.

Si vous ne demandez pas la destruction de votre dossier, les données sont automatiquement détruites par l'IMS 2 ans après le dernier contact. Seul votre accord formel permettra une conservation plus longue.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'INSTITUT MARTINQUAIS DU SPORT – Quartier Mangot Vulcin - Route du Vert Pré - 97232 LE LAMENTIN, représenté par Grégory EUPHROSINE à l'adresse mail suivante : contact@ims.mq.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

A Le / / 20.....

Signature obligatoire du candidat précédée de la mention « lu et approuvé »

FICHE D'URGENCE

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Nom du stagiaire :

Prénom du stagiaire :

Date de naissance :

En cas d'**accident du travail** du stagiaire pendant sa présence obligatoire en formation, l'IMS et PHYSICARE préviennent directement son entreprise. De plus, il appartient à l'employeur de faire les déclarations règlementaires. PHYSICARE lui fournira alors les éléments nécessaires à l'établissement du document officiel.

1- PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Contact 1

Nom et prénom:

Lien de parenté :

N° de tél :

@ :

Contact 2

Nom et prénom :

Lien de parenté :

N° de tél :

@ :

Contact 3 - EMPLOYEUR

Nom de l'employeur :

Nom et prénom de la personne à contacter :

☎ Fixe : Portable :

@*

L'IMS et PHYSICARE se dégagent de toute responsabilité si les numéros de téléphone sont modifiés sans qu'il en soit fait état au responsable formation.

Merci de porter à notre connaissance toute information que vous jugez utile :

Documents à conserver

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

1- Justificatifs indispensables à la constitution de votre dossier

- 1 photo d'identité avec le nom, prénom et formation au dos ;
- 1 photocopie recto-verso lisible de la carte nationale d'identité ou du passeport + Photocopie de la carte de séjour (ou son récépissé) pour les candidats de nationalité étrangère ;
- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) le cas échéant ;
- Photocopies des diplômes obtenus et requis pour la formation (scolaire, sportif, universitaire, professionnel, fédéral, carte professionnelle pour les éducateurs sportifs, autre) ;
- 1 attestation d'assurance en Responsabilité Civile professionnelle en cours de validité (à se procurer auprès de votre compagnie d'assurance habitation ou véhicule) couvrant vos dommages personnels et vos actes durant toute la formation (*activités sportives, déplacements, etc.*) ;
- Si salarié, 1 attestation de l'employeur autorisant la formation sur le temps de travail ou hors temps de travail.

CONTACTS IMS

Le dossier complet est à retourner au Pôle Formation de l'IMS :

**Quartier Mangot Vulcin – Route du Vert-Pré
97232 LE LAMENTIN**

Accueil 0596 38 38 00

Pôle formation :

- PYRAM Arielle 0596 38 38 12 / 0696 43 59 59
- SERAPHIN Tatiana 0596 38 38 18 / 0696 81 18 62

Mail : dir.formation@ims.mq

Aucun dossier incomplet ne sera accepté

Pour connaître la date limite de remise des dossiers de candidature, veuillez consulter notre site internet www.ims.mq ou nous contacter par mail ou téléphone.

La réception des dossiers de candidature aura lieu :

Les lundis, mardis et jeudis de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 16h00

Les Mercredis et vendredis de 9h00 à 13h00

L'ACCESSIBILITE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP A L'IMS

Tous les espaces identifiés à l'IMS permettent d'effectuer des manœuvres de contournement. De larges couloirs permettent à deux personnes de se croiser, quelle que soit leur situation.

Des places de stationnement adaptées et matérialisées sont disponibles au sein des 3 parkings de l'IMS :

- 4 à l'entrée du bâtiment Administratif
- 1 en face du bâtiment Restauration
- 2 en face de l'espace de Crossfit

L'accueil du public en situation de handicap est assuré par Madge SALOMON et Olivia PIERRE-EMILE, référents handicap. Elles se chargent de recueillir des précisions sur la nature du handicap et sur les moyens à mettre en œuvre pour rendre leur séjour dans le centre le plus confortable possible.

Pour toute demande d'information complémentaire liée à votre prise en charge, vous êtes invités à vous rapprocher de nos services.

Moyens de transport pour accéder à l'IMS

- Bus ligne 421 du réseau Mozaïk
Arrêt « Mangot Vulcin » en face de l'IMS
- Bus ligne 404 du réseau Mozaïk
Arrêt « Mangot Vulcin » en face de l'IMS