



# DOSSIER INSCRIPTION

## TITRE PRO RET

Titre professionnel  
Responsable d'Établissement Touristique

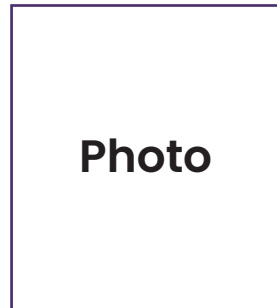
### Cadre réservé à l'IMSAT :

Dossier reçu le : .....

# FICHE SIGNALÉTIQUE DU CANDIDAT

## FORMATION CHOISIE

Formation  Site



## ÉTAT CIVIL

Nom  Prénom

Date de naissance  CP\* et Ville de naissance

Nationalité

N° de sécurité sociale  Sexe  H  F

Adresse

CP et Ville

Téléphone  Email

Reconnaissance travailleur handicapé  Oui  Non

Sportif.ve de haut niveau\*\*  Oui  Non

Titulaire du permis de conduire  Oui  Non

\*Préciser le code postal et si étranger noter 99

\*\*figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport

## SI CANDIDAT.E MINEUR.E

Nom représentant.e légale  Prénom

Adresse (si différente)  Père  Mère  Autre

CP\* et Ville

Téléphone  Email

## PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom  Prénom  Père  Mère  Autre

Téléphone  Email

## PARCOURS

Dernière classe fréquentée

Établissement et département de scolarisation de l'année précédente

Dernier diplôme ou titre préparé

Dernier diplôme ou titre obtenu

Diplôme ou titre obtenu le plus élevé

**Situation avant entrée en formation (ne cochez qu'une seule case)**

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scolaire                | <input type="checkbox"/> Prépa apprentissage             | <input type="checkbox"/> Étudiant     |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation | <input type="checkbox"/> Contrat aidé |
| <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi   | <input type="checkbox"/> En formation au CFA             | <input type="checkbox"/> Salarié      |
| <input type="checkbox"/> Inactif                 | <input type="checkbox"/> Autre situation                 |                                       |

## ACCOMPAGNEMENT EN COURS

Suivi Pôle Emploi  Oui  Non

Numéro d'identifiant

Conseiller.e

Agence

Si non, interruption du suivi depuis

Suivi Mission Locale  Oui  Non

Conseiller.e

Agence

Si non, interruption du suivi depuis

## MODALITÉS DE FINANCEMENT

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation | <input type="checkbox"/> CDD                           |
| <input type="checkbox"/> Pro A                   | <input type="checkbox"/> CUI - CAE                       | <input type="checkbox"/> Plan développement entreprise |
| <input type="checkbox"/> CDI                     | <input type="checkbox"/> CPF / CPF Transition            | <input type="checkbox"/> Financement Personnel         |
| <input type="checkbox"/> Financement Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> Financement REGION SUD (MCP)    | <input type="checkbox"/> Autre :                       |

Je soussigné.e certifie exacts les renseignements communiqués et atteste avoir pris connaissance des modalités de traitement de mes données personnelles (cf. annexe 2) et du règlement intérieur sur [www.imsat.co/reglement-interieur](http://www.imsat.co/reglement-interieur)

Fait à

le

Signature candidat.e

Si candidat.e mineur.e, signature représentant.e legal.e



## Conditions d'accès

- Rendre le dossier d'inscription dument complété
- Satisfaire à l'ensemble des prérequis et des tests de sélection (le cas échéant)



## Pièces à fournir

- Fiche de candidature signée avec 1 photo d'identité
- Copie de votre pièce d'identité en couleur ET en cours de validité (Carte Nationale d'Identité recto/verso ou passeport ou titre de séjour)
- Attestation d'assurance responsabilité civile (à se procurer auprès de votre compagnie d'assurance habitation), couvrant vos dommages personnels et vos actes durant les épreuves de sélection et, en cas d'admission, durant la formation

### **Obligatoires pour l'entrée en formation :**

- Attestation de sécurité sociale (la Carte Vitale n'est pas recevable)
- Copie de vos diplômes (scolaires, universitaires, sportifs, etc.)
- Curriculum Vitae (CV) à jour
- Lettre de motivation précisant votre expérience pratique et pédagogique et votre projet professionnel
- Document « traitement de vos données – RGPD » signé : Annexe 1

Pour les mineurs : Autorisation d'hospitalisation + Autorisation de sortie

## Comment rendre ton dossier ?



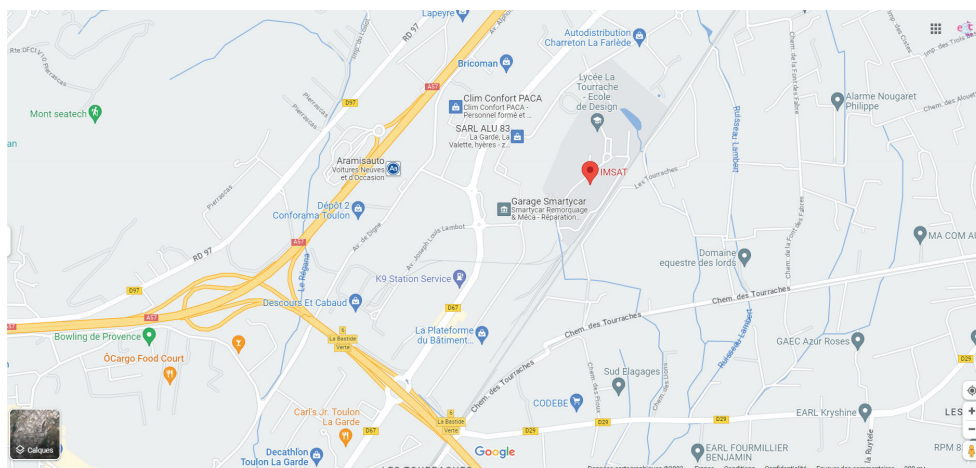
Par courrier l'adresse suivante :

IMSAT  
Campus de  
la Grande Tourrache,  
BP 253,  
83078 Toulon Cedex 9



Ou sur place à l'adresse suivante :

IMSAT  
Avenue François Arago,  
83130 La Garde



Par mail au format PDF uniquement : [contact@imsat.fr](mailto:contact@imsat.fr)

Pour tout renseignement concernant le dépôt du dossier vous pouvez nous joindre par téléphone :

**04.94.75.24.15**

Du lundi au vendredi  
De 8h30 à 12h00  
Et de 13h00 à 17h00



## TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES – RGPD

Dans le cadre de votre candidature à une formation délivrée par l'Institut Méditerranéen du Sport, de l'Animation et du Tourisme (IMSAT), nous sommes amenés à collecter vos données personnelles (ex : nom, prénom, numéro de sécurité sociale, adresse, numéro de téléphone...). Elles font l'objet d'un traitement dont le responsable est l'association HEURES LIBRES DE LA JEUNESSE – 237 Place de la Liberté – 83000 TOULON.

M. Alain ORTALI (a.ortali@upv.org) est la personne référente sur le sujet.

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire.

Veuillez noter que les réponses aux cases munies d'une astérisque sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre dossier de candidature.

L'absence de réponse à un champ obligatoire est susceptible de compromettre la gestion de votre candidature.

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'association HEURES LIBRES DE LA JEUNESSE.

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour assurer le traitement de votre candidature et de votre dossier stagiaire si votre candidature est retenue.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder :

- 1 un mois si votre candidature n'est pas retenue
- 2 la durée de votre formation + 12 mois si votre candidature est retenue.

Sauf si :

- 1 vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ;
- 2 une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à notre personnel administratif et à notre direction et, le cas échéant, à nos sous-traitants et aux prestataires en charge de la prise en charge financière de votre formation. Les sous-traitants et prestataires en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant par mail :

Alain ORTALI – a.ortali@upv.org

Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations avant mon entrée en formation.

NOM, prénom : .....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature :**

Si candidat.e mineur.e, identité du représentant.e légal.e (NOM-Prénom).....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature :**