

DEMANDE D'INSCRIPTION

Remplir un exemplaire par participant

A retourner à formation.md17@charente-maritime.fr

Nom de la formation : _____

Lieu de formation : _____

Date(s) de formation : _____

Structure / bibliothèque :

Adresse :

Fonction(s) :

Statut : Salarié Bénévole Elu Autre :

Mme M. NOM, Prénom :

Tél. professionnel : Tél. personnel :

Adresse mail :

Les formations sont prises en charge par le Département de la Charente-Maritime. Il est donc nécessaire que le stagiaire s'engage à suivre l'intégralité de la session de formation ou rencontre.

- J'autorise le Département de la Charente-Maritime à conserver mes coordonnées pour une période de 2 ans afin de recevoir d'éventuelles invitations à de futures manifestations.

Date :

Signature du demandeur

Date :

Signature de la tutelle

Cadre réservé au Département de la Charente-Maritime :

Commentaire(s) :

Avec votre consentement, le département de la Charente-Maritime collecte et les traite les informations saisies dans ce formulaire afin de gérer et suivre votre inscription à la manifestation qu'il organise.

Conformément à la loi "informatique et libertés" (article 6-a du RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, rectification, effacement, portabilité et limitation du traitement vous concernant. Aussi, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à :

mediatheque.departementale@charente-maritime.fr