

Inscription : année scolaire 2024/2025

Je soussigné(e),, m’inscris à la formation pour laquelle j’ai apposé ma signature :

Formation	Prix	Signature
Référent Démence	405,00 €	
Formation complémentaire Référent Démence (12 heures) <i>Accès réservé aux candidats ayant déjà suivi la formation Référent Démence</i>	100,00€	
Educateur en diabétologie + stage	650,00 €	
Soins à Domicile (formation SAD complète de 6 modules)	400,00 €	
<i>SAD : Aspects législatifs et administratifs</i>	3 modules = 200 €	
Réglementation INAMI	70,00 €	
Comment débiter dans le secteur des soins à domicile en tant qu’indépendant et comment gérer ce statut ?	70,00 €	
La nomenclature de l’article 8 / E-Santé	70,00 €	
<i>SAD : Prestations et actes techniques</i>	3 modules = 200 €	
Oxygénothérapie et soins de trachéotomie	70,00 €	
Actualisation des soins de plaie	70,00 €	
L’urgence dans les soins à domicile	70,00 €	

Je demande à l’école de me fournir une facture : Oui Non

Coordonnées de facturation : (nom + adresse + n° tva ou entreprise)

.....

Remarque : l’inscription ne peut être **définitive** et l’**accès** aux cours **autorisé** que lorsque le **dossier administratif est complet** et les **frais d’activités annuels** sont réceptionnés par le secrétariat ou versés sur le compte du CPSI numéro BE06 1917 2234 5222 à l’aide de la communication NOM + Prénom + « intitulé de la FORMATION »

En vous inscrivant au CPSI vous reconnaissez avoir pris connaissance de notre Règlement d’Ordre Intérieur et notre déclaration de protection de la vie privée à l’égard des données personnelles (disponible sur notre plateforme ainsi que notre site internet) et, vous vous engagez à nous communiquer toute modification utile.

Date :/...../.....

Signature de l’étudiant :

Droit à l'image - demande d'autorisation

Notre établissement réalise divers projets dans le cadre du projet d'établissement et du projet pédagogique de l'école. Ces activités sont susceptibles d'être illustrées par des photos. Celles-ci illustrent la vie de l'Institution [en situation de classe, étudiants en plein apprentissage, activités extérieures, etc.)

Ces photos prises à cette occasion seront visibles au sein de l'établissement, sur le site internet, sur la page Facebook ou dans la newsletter des formateurs.

Il paraît important de souligner que notre institution est particulièrement attentive au respect de la personne de chaque personne au travers de la diffusion de son image : les étudiants qui apparaissent sur les photos –le plus souvent en compagnie d'autres - ne sont jamais nommés [et ne sont donc identifiables que par des personnes proches] et les photos sont d'un format inexploitable à l'agrandissement.

Les photos prises sont en outre protégées dans le respect de notre déclaration relative à la protection des données personnelles. Vous disposez à l'égard des photos où vous apparaissez des mêmes droits que ceux que vous pouvez exercer pour les données personnelles.

L'utilisation de ces photos échappe à tout intérêt commercial et n'est lié à aucun apport de type publicitaire.

Soucieuse de respecter les législations belges et européennes relatives à la protection des données personnelles, notre institution ne peut toutefois publier une photo de vous sans obtenir votre accord.

A défaut de consentement de votre part, aucune photo ne pourra être publiée. Dans d'éventuelles photos de groupe, votre visage sera flouté.

Je soussigné(e), (nom et prénom), avoir pris connaissance des conditions dans lesquelles, sous réserve de son autorisation, sa photo sera publiée dans le cadre des activités organisées par notre établissement.

Je déclare

- Autoriser cette utilisation
- Ne pas autoriser cette utilisation

Le/...../.....

Pour accord, signature de l'étudiant :



Mention de consentement à propos des données santé récoltées

Nous vous informons que les données de santé que vous nous avez fournies ainsi que celles qui seront transmises durant votre cursus sont des données sensibles au sens du Règlement européen pour la protection des données personnelles.

Ces données sont récoltées et traitées pour les finalités suivantes :

- 1) dans les formations nécessitant une protection particulière, en vue d'assurer la prévention de tout risque pour la santé ;
- 2) de pouvoir apposer, en toute connaissance, les soins de base pouvant s'avérer nécessaires lors de la gestion des accidents du quotidien.

Nous attirons votre attention sur le fait que de principe notre institution ne donne aux étudiants aucun médicament.

Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, des médicaments peuvent être proposés à l'étudiant et ce à bon escient : paracétamol, désinfectant, pommade anti-inflammatoire, pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte.

- 3) de pouvoir informer les services d'urgence des données de santé concernant la personne blessée ;
- 4) de pouvoir répondre à nos obligations en matière d'aménagements raisonnables, pour les étudiants à besoins spécifiques.

Les données médicales sont protégées dans le respect de notre déclaration relative à la protection des données personnelles. Vous disposez à l'égard de ces données des mêmes droits que ceux que vous pouvez exercer pour les données personnelles.

Madame, Monsieur....., déclare avoir pris connaissance des conditions selon lesquelles les données relatives à sa santé sont récoltées et traitées.

Il/Elle marque son accord pour la récolte de données et à son traitement et ce dans les finalités définies ci-dessus.

Le/...../.....

Pour accord, signature de l'étudiant :