ACCORD DE CONSENTEMENT

Je soussigné (Nom prénom de l’apprenant) inscrit dans la formation (souhaite m’inscrite dans la formation) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Donne mon accord pour transmettre les informations, documents utiles à la compréhension de ma situation aux interlocuteurs ci-dessous \***

\*(Possibilité de rayer les interlocuteurs non souhaités)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quoi ? Quels documents ? | Pour qui ? (interlocuteurs destinataires de l’information) | Durée de conservation |
| Notification  RQTH (reconnaissance en qualité de travailleur handicapé),  AAH (allocation adulte handicapé),  Carte Mobilité inclusion (carte invalidité)  AEEH (allocation éducation enfant handicapé),  BOETH (attestation de Bénéficiaire de l’Obligation d’Emploi de Travailleur Handicapé),  PPS (projet personnel de scolarisation) | Agefiph,  FIPHFP,  Employeur  DREETS  Service des contrats | 5 ans (en lien avec le financement) |
| Documents scolaires (par exemple) :  GEVA-SCO,  PAP (Projet Accompagnement Personnalisé),  PAI (Projet d’Accueil Personnalisé)  PPRE (Projet Personnel Réussite Educative  ……………………………………..  …………………………………………… | Référent handicap pour faire une synthèse  des informations utiles | Les données seront conservées pendant toute la durée de votre formation dans nos archives courantes. Elles seront ensuite conservées conformément aux durées d’utilité administratives et aux prescriptions légales (1 an après la fin de la formation) |
| Documents médicaux (bilans, compte rendu médicaux, …) | Pour les aménagements d’examen  aux services compétents du certificateur,  de la MDPH (Maison départementale des Personnes Handicapées), MVA (Maison Vendée Autonomie) | 1. Bas de page |
| Echange mails, téléphoniques  Infos utiles à la compréhension de votre situation de handicap | Coordonnateur de la démarche ASH / RHF Pays de la Loire  Prestataire Agefiph  Référent de parcours (France Travail, Cap emploi, Mission Locale)  Référent de l’éducation Nationale (Enseignant référent (ERSH), coordonnateur ULIS, responsable SEGPA, ……………………………………………………………………….)  Référent médicosocial (éducateur, ASE, …)  Professionnel de santé | 1. Bas de page |
| Infos utiles à la compréhension de votre situation de handicap | Equipe pédagogique  Vie scolaire, personnel éducatif,  Personnel administratif,  Responsable du pôle (secteur)  Internat  Self  Professionnel de santé  ………………………………………………………. | 1. Bas de page |

**Vous avez la possibilité de revenir sur une information à tout moment en contactant le référent handicap avec l’adresse mail : xxxx.xxx@xxxxxx.xx**

Fait à : Le :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature de l’apprenant | Nom Prénom et signature du représentant légal de l’apprenant mineur | Document recueilli par  (Nom prénom, fonction) |

Idée

Document remis en main propre ou document scanné envoyé à l’apprenant

1. Les données seront conservées pendant toute la durée de votre formation dans nos archives courantes. Elles seront ensuite conservées conformément aux durées d’utilité administratives et aux prescriptions légales (1 an après la fin de la formation)