FORMULAIRE INSCRIPTION FORMATION

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :.....

Lieu de naissance : .....

Adresse postale : .....

Téléphone : .....

Email : .....

CHOIX DE LA FORMATION (cocher la case)

Intitulé	Dates	Durée	Tarif*
☐ **Expérience immersive en pleine nature et fondements de l'IAPNA – Module 1**	**14-17 juin 2027**	**4 jours**	**580 €**
☐ **Expérience immersive en pleine nature et fondements de l'IAPNA – Module 2**	**13-16 septembre 2027**	**4 jours**	**580 €**
☐ **Aventure en pleine nature et initiation à l'IAPNA**	**30-31 janvier 2027**	**2 jours**	**280 €**
☐ **Aventure en pleine nature et initiation à l'IAPNA**	**5-6 juin 2027**	**2 jours**	**280 €**

* Le tarif ne comprend pas les frais de déplacement jusqu'au lieu de formation et d'hébergement en dehors des temps de formation

MODE DE REGLEMENT DE LA FORMATION

- ☐ Par Chèque bancaire à l'ordre d'En Passant Par la Montagne
- ☐ Par Virement bancaire
  IBAN : FR 76 1382 5002 0008 7708 4225 282 (BIC : CEPAFRPP382 – CE Rhône Alpes)

PRISE EN CHARGE FINANCIERE Nota : Nous ne sommes, pour le moment, ni référencé Qualiopi, ni CPF.

- ☐ À titre individuel (à mes frais)
- ☐ Par une association (bénévole) : Nom de l'association :.....
- ☐ Par ma structure employeuse : Nom de la structure : .....
- ☐ Par un OPCO : Précisez : .....
- ☐ Autre : Précisez : .....

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom / prénom: .....
Lien personnel: .....
Numéro de téléphone portable: .....

ETAT DE SANTE (entourez la réponse et répondez avec précision)

Etes-vous porteur de handicap ? **NON OUI** - Merci de nous préciser votre handicap :
....

Avez-vous des allergies : OUI NON
Si oui,précisez :.....

Etes-vous enceinte ? OUI – NON. Si oui, depuis combien de mois :.....

Prenez-vous des médicaments quotidiennement ? OUI – NON Si oui, précisez le nom du médicament et posologie :
.....

Avez-vous des problèmes de santé physique, émotionnelle ou comportementale qui directement ou indirectement vous limiteraient dans la pratique de l'activité à laquelle vous participez ? Spécifiez. (Ex : problèmes respiratoires, cardiaques, de diabète, de vision, de surdité, de peur de l'eau/de la hauteur/des animaux, limitation de vos mouvements)
OUI – NON
Si oui,précisez :.....
.....
.....

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, la formatrice vous contactera pour discuter des modalités adaptées et des risques additionnels liés à votre état de santé.

- ☐ Je certifie que les informations fournies sur mon état de santé sont exactes et complètes. Je comprends qu'elles sont confidentielles et destinées à assurer ma sécurité et celle du groupe.

AUTORISATION A INTERVENIR EN CAS D'URGENCE

- ☐ J'autorise l'association EPPM à intervenir en cas d'urgence (contact avec les secours), à prodiguer ou faire prodiguer tous les premiers soins nécessaires.

DECLARATIONS et ACCEPTATION DES RISQUES LIES AUX ACTIVITES EN MONTAGNE

La formation se déroule en tout ou partie en terrain montagnard et inclut des sportives spécifiques à ce milieu. Même si toutes les mesures de sécurité et d'encadrement seront prises lors de la formation Malgré toutes les mesures de sécurité et d'encadrement mises en place, ces activités comportent des risques non prévisibles dont voici une liste non-exhaustive :

- Blessures liées à des chutes ou mouvements (entorse, fracture, etc.)
- Blessures causées par des objets contondants ou coupants (branche, matériel, pierre etc.)
- Risques liées au froid, à l'hypothermie ou à la chaleur extrême
- Risques liées à l'eau (noyade, glissades, etc.)
- Risques liées à l'altitude (Mal Aigus Des Montagnes, maux de têtes, etc.)
- Risques vitaux : Les activités en montagne peuvent, dans des cas extrêmes, comporter un risque de mort, notamment en cas d'accident grave, de conditions météorologiques dangereuses ou de non-respect des consignes de sécurité

- ☐ Je reconnais avoir été informé·e des risques, y compris les risques vitaux, liés aux activités proposées par l'association EPPM.
- ☐ Je m'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion des risques. Je m'engage ainsi à respecter strictement les consignes de sécurité, à adopter une attitude préventive pour ma sécurité et celle des autres, et à signaler tout problème de santé ou de sécurité. Je comprends que l'encadrant peut exclure toute personne représentant un risque pour elle-même ou pour le groupe.
- ☐ J'accepte de participer à ces activités en toute connaissance de cause, et assume l'entière responsabilité de ma participation.

DROITS A L'IMAGE

- ☐ J'autorise l'association En Passant Par la Montagne (ou les prestataires qu'elle aurait engagé) à me photographier ou à me filmer durant la formation et à exploiter mon droit à l'image, qui résulte de la prise de photographies et vidéos, à destination des supports de communication imprimés et numériques des associations et éventuellement par les médias traitant du sujet.

INFORMATIONS POUR COMMENCER A VOUS CONNAÎTRE ET ADAPTER AU MIEUX LA FORMATION

Votre métier / vos fonctions : .....

Organisme dans le lequel vous exercez actuellement : .....
.....

Secteur d'intervention :

- ☐ PJJ (Fr) ou AAJ (Be)
- ☐ Judicaire
- ☐ Educatif
- ☐ Handicap
- ☐ Animation
- ☐ Prévention spécialisée
- ☐ Santé
- ☐ Autre – Précisez :

Avez-vous déjà participé à une formation d'En Passant Par la Montagne ? **NON OUI**

Avez-vous déjà vécu un projet IAPNA ou apparenté ? **NON OUI** Précisez.....
.....
.....

Avez-vous déjà :

- randonné en moyenne montagne? **OUI NON**
- bivouaqué en pleine nature ? **OUI NON**

Quel est votre objectif personnel au travers cette formation ? .....
.....
.....

Quels sont les principaux enjeux auxquels vous êtes confrontés dans votre métier, votre structure et auprès de vos bénéficiaires ? .....

.....
.....

Comment vous situez-vous par rapport aux prérequis stipulés dans le descriptif de formation ?..
.....
.....
.....

Suivez-vous un régime alimentaire spécifique ? **NON** **OUI** - Précisez .....
.....

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer : .....
.....
.....

PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

Les informations recueillies sont traitées par les organisateurs afin de gérer votre inscription et l'organisation de la formation. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition au traitement de vos données. Pour exercer ces droits, contactez-nous par email: eppm@montagne.org. Vos données ne seront ni vendues ni partagées avec des tiers sans votre consentement, sauf obligation légale.

VALIDATION

Fait à ..... **Le** .....

Signature

Merci pour votre inscription ! Nous avons hâte de partager cette immersion formatrice avec vous ! Le lieu et l'heure de rendez-vous vous seront communiqués dans votre convocation par mail 2 semaines avant le début de formation.