

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENSEIGNANTS

### Intervenant

Monsieur     Madame

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Code postal : 971 .....      Ville : .....

Adresse : .....

Tél : .....      Mail : .....

Établissement : .....

Tél : 0590.....

### Renseignements complémentaires destinés aux **contractuels** :

N° de Sécurité Sociale.....

Nom de jeune fille : .....

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : .....

Nationalité : .....

**Date de début de contrat** ..... **Date de fin de contrat** .....

Intervention en faveur de l'élève : .....

Classe : ..... Etablissement.....

Matière .....

Date et horaire de la première intervention.....

**Vous acceptez de prendre en charge l'accompagnement d'un enfant empêché pour raisons médicales, nous vous en remercions !**

**Disponibilités Jours d'intervention (cocher) – Créneaux horaires (indiquer)**

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi
Matinée						
Après-midi						

**Autres missions SAPAD ?**

J'accepte de faire partie du réseau SAPAD pour répondre à d'autres missions à venir.

Je n'accepte pas de faire partie du réseau SAPAD, mon intervention est ponctuelle.

**Communes d'interventions possibles si vous acceptez de faire partie du réseau du SAPAD :**

.....  
.....

## ATTESTATION RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Je soussigné(e), ....., candidat à un poste d'enseignant volontaire dans le cadre d'interventions pédagogiques pour le SAPAD de la Guadeloupe, reconnaît avoir pris connaissance et consentir à ce que mes données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la formation, sont destinées à un traitement administratif interne visant à assurer un suivi de l'activité du service .

Le traitement de ces données respecte le Règlement Général sur la Protection des Données personnelles.

La durée de conservation est celle nécessaire au traitement des données et répond aux exigences imposées par les financeurs et

Fait à....., le .....

Signature