

Accueil :

☎ 03.27.69.43.31

Mail : ifsi@ch-maubeuge.fr

Maubeuge, le 18/11/2025

OBJET : Formation « Aide-Soignant(e) » – Rentrée Janvier 2026

Madame, Monsieur,

Suite à vos résultats aux épreuves de sélection, ou à votre admission en tant qu'apprenti ayant un contrat d'apprentissage ou dans le cadre des places réservées ASHQ ou après un report d'admission l'année antérieure,

Nous aurons le plaisir de vous accueillir en formation «Aide- Soignant(e)» pour la session 2026.

Une pré-rentrée obligatoire aura lieu le :
Jeudi 18 décembre 2025 de 8h30 à 17h00

La rentrée aura lieu le Lundi 5 janvier 2026 à 8h30

Vous trouverez ci-après le dossier à compléter et la liste des documents et pièces à fournir.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pascale LANNOY
Directrice

Institut de Formation du Centre Hospitalier de Maubeuge
Accueil : Tél : 03.27.69.43.31 - E-mail : ifsi@ch-maubeuge.fr
44 Boulevard Pasteur – BP 60249 – 59607 MAUBEUGE Cedex

DOCUMENTS A TRANSMETTRE **OBLIGATOIREMENT** POUR L'INSCRIPTION EN FORMATION

1. LES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- ☐ La copie recto-verso **en 2 exemplaires** d'un justificatif d'identité officiel en cours de validité (Carte Nationale d'identité, Passeport, Titre de séjour)
- ☐ La fiche d'inscription complétée en **annexe 1**
- ☐ La fiche de renseignements complétée en **annexe 2**
- ☐ La copie de l'original du Diplôme permettant le cursus partiel
- ☐ La fiche de la DREETS Hauts de France complétée en **annexe 3**
- ☐ Le tableau de périodes antérieures de stage... complété en **annexe 4**.
- ☐ L'autorisation de droit à l'image complétée **annexe 7**.

Pour le financement de la formation

- ☐ Se référer au tableau de prise en charge financière en pages 5, 6 et 7
- ☐ La copie de la carte vitale

DOCUMENTS A REMETTRE IMPERATIVEMENT LE JOUR DE LA PRE-RENTREE – 18 décembre 2025

2. LES DOCUMENTS MEDICAUX :

Les obligations et la réglementation médicale pour entrer en formation aide-soignante sont très rigoureuses ; aussi, nous vous recommandons de vous rapprocher au plus vite de votre médecin traitant et de prendre rendez-vous auprès d'un médecin agréé.

Vous devez fournir impérativement pour le jour de la pré-rentée :

- ☐ Le certificat médical **en annexe 5** émanant d'un **médecin agréé** attestant que vous n'êtes atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant(e). La liste est consultable sur le site : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-des-medecins-agrees-en-hauts-de-france> (cf listing en page 8).
- ☐ L'attestation médicale en **annexe 6** attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique.

A noter que **les vaccinations doivent être réalisées complètement et non en cours de réalisation.**

NB : Pour une demande d'aménagement en lien avec un handicap, merci de vous rapprocher du secrétariat de l'Institut.

3. MATERIEL PEDAGOGIQUE ET TROUSSEAU PROFESSIONNEL :

Dans le cadre de votre formation et de vos différentes recherches, il est **recommandé** de posséder un ordinateur portable avec webcam, micro et accès internet.

Tout élève aide-soignant en stage en service de soins doit revêtir une tenue professionnelle permettant de répondre aux critères suivants :

- prévention des accidents professionnels ; la tenue vestimentaire fait partie intégrante de la démarche ergonomique et sécuritaire du professionnel de santé,
- prévention des infections nosocomiales : l'hygiène corporelle et le changement régulier de tenues professionnelles limitent la transmission de germes,
- appartenance professionnelle : l'élève aide-soignant doit adapter sa tenue et son comportement aux exigences de la profession

A. **Modalités pratiques :**

Tout élève aide-soignant en stage en service de soins doit revêtir une tenue professionnelle. Une instruction ministérielle récente demande à chaque terrain de stage d'être en mesure de fournir aux élèves et étudiants une tenue professionnelle. La mise en application se fera au fur et à mesure des possibilités de réactivité des structures d'accueil. Ces établissements ont à organiser et financer cette nouvelle mesure, identifier le besoin, acquérir les tenues, organiser la distribution, intégrer l'entretien dans leur ligne de traitement du linge.

Nous vous conseillons donc de posséder au minimum 2 tenues neuves ou d'occasion pour les stages et les Travaux Pratiques à l'institut.

Si vous possédez déjà des tenues blanches (aucun liseret) et en bon état de type tunique et pantalon, celles-ci sont valables pour la formation.

Un badge nominatif vous sera fourni par l'Institut de Formation pour l'ensemble des périodes de stage.

A titre indicatif, les tenues professionnelles peuvent être achetées chez le distributeur suivant : ***AID Medica – 27 rue Jean-Pierre DUPONT 59610 FOURMIES – 03.27.60.08.02 ou 67 avenue de France – 59600 MAUBEUGE – 03.27.65.61.01 (modèle femme marinière Martha et pantalon Pascal et modèle homme marinière Marc et pantalon Pascal).***

Dans le cas où vous ne réalisez pas de commande, il vous appartient d'être en possession de votre tenue dès la rentrée.

B. **Matériel supplémentaire :**

Les élèves aides-soignants doivent posséder une paire de chaussures blanches, fermées, silencieuses et lavables.

4. FINANCEMENT DE LA FORMATION

A. Demande de bourse du Conseil Régional :

- Etre en poursuite d'études sans carence d'un an
- Etre âgé de moins de 28 ans au 1^{er} septembre 2026 pour une première demande de bourses. Il n'existe aucune limite d'âge pour les élèves en situation de handicap reconnus par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
- Etre demandeur d'emploi primo entrant et non indemnisé par France Travail

Toute demande de bourse devra être saisie sur le site du Conseil Régional :
<https://aides.hautsdefrance.fr>

B. Demande de rémunération régionale DEFI (→ allocation pour les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active ou inscrit(e)s à France Travail non indemnisés)

- ☛ Vous rapprochez de Madame GUEBLI, secrétaire pédagogique de l'Institut le jour de la pré-rentrée pour la constitution du dossier

C. Prise en charge financière de la formation du coût pédagogique de la Formation

Cf tableau ci-après

La prise en charge financière du coût pédagogique est déclinée de la façon suivante : Pour votre entrée en formation : fournir le justificatif en fonction de votre situation

Public éligible à l'aide financière régionale	Public non éligible à l'aide financière régionale
<u>Statut : à la date limite de clôture des inscriptions à la sélection</u> La Région Hauts-de-France finance les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants : ⇒ <i>Pour les personnes en Poursuites d'études :</i> ❑ Sont éligibles toutes les personnes en poursuite d'études sans interruption quel que soit le niveau de formation initiale (y compris ceux ayant un contrat de travail étudiant). <u>Elles doivent fournir un certificat de scolarité de l'année en cours.</u> ❑ Sont éligibles toutes les personnes ayant achevé leur formation initiale moins d'un an avant le démarrage de la formation. Inscrites ou non à la Mission locale ou à France Travail, <u>elles sont considérées en poursuite d'études et doivent fournir un certificat de scolarité N-1.</u> ❑ Sont éligibles toutes les personnes dont le service civique a débuté moins d'un an après la fin de formation initiale, ET qui s'est achevé dans un délai d'un an avant l'entrée en formation ; <u>elles sont considérées en poursuite d'études et doivent fournir le dernier certificat de scolarité et une attestation de service civique</u> ⇒ <i>Pour les demandeurs d'emploi et les salariés en emploi précaire :</i> ❑ Sans contrat de travail avec ou sans indemnisation de France Travail ❑ Les CDD (y compris de la fonction publique)	<u>Statut :</u> La Région Hauts-de-France ne finance pas les parcours de formation pour les personnes répondant aux statuts suivants : ❑ Les travailleurs non-salariés (autoentrepreneurs dont l'activité représente plus de 87h /mois, commerçants, professions libérales...) ❑ Les personnes ayant signé une rupture conventionnelle d'un CDI après la date de clôture des dossiers d'inscription ; ❑ Les retraités ❑ Les travailleurs salariés (CDI de plus de 87h/mois, les personnes en congé parental, congés maternité, arrêt maladie, les personnes en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation pour la formation concernée, les agents des différentes fonctions publiques ❑ Les travailleurs titulaires d'un CDI intérimaire

❑ Les contrats de travail temporaire (hors CDI intérimaire)

❑ Les CDI de 87h/mois ou moins

❑ Les contrats d'apprentissage ou de professionnalisation achevés avant l'entrée en formation

❑ Les autoentrepreneurs dont l'activité représente moins de 87h/mois, inscrits à France Travail (sur avis de situation)

❑ Les personnes ayant fait l'objet d'un licenciement après la clôture des inscriptions (hors abandon de poste qui sont assimilés à des démissions)

❑ Les militaires sous contrat ayant un projet de reconversion validée par leur institution (exceptés les militaires de carrière)

❑ Les salariés en emploi précaire qui souhaitent démissionner pour entrer en formation peuvent le rester jusqu'à la veille de l'entrée en formation.

⇒ ***Pour les personnes bénéficiant d'un Contrat de Sécurisation Professionnelle (CSP) :***

❑ Les personnes dont le CSP prend fin avant l'entrée en formation

❑ Les personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge complète de leur parcours via le CSP. Dans ce cas, la région financera la totalité du parcours.

⇒ ***Pour les militaires sous contrat en reconversion :***

❑ Les militaires en fin de contrat ayant un projet de reconversion validée par leur institution

⇒ La Région pourra prendre le relais du financement des parcours pour les personnes dont la prise en charge par l'armée se termine en cours de formation.

Fournir un avis de situation Pôle Emploi précisant votre durée d'indemnisation ou de non indemnisation

❑ Les salariés et agents de la fonction publique en disponibilité, inscrits ou non à France Travail

❑ Les personnes bénéficiant du financement de leur formation dans le cadre d'un **contrat de sécurisation professionnelle – CSP**

❑ Les candidats étrangers qui ne sont pas en règle de leurs obligations pour étudier sur le territoire national.

Convention ou contrat de financement du coût pédagogique de formation :

Les salariés pris en charge par l'employeur (public ou privé) :

☛ Fournir une **attestation de prise en charge** établie par votre employeur du coût pédagogique de formation dont le montant dépend du cursus de formation (intégral ou partiel) qui permettra de **finaliser la convention annuelle tripartite établie avec l'employeur, l'Institut et l'Elève lors de la pré-rentree.**

Autres Situations

☛ un Contrat individuel d'engagement (pour les personnes qui paient intégralement leur formation ou qui sont pris en charge par un organisme financeur), sera établi avec l'Etudiant lors de la pré-rentree.



Les démissionnaires :

■ Toutes les personnes ayant démissionné d'un CDI de plus de 87h/mois **uniquement** dans le cadre de démissions légitimes conformément à l'accord d'application relatif à l'assurance chômage en vigueur

■ Les salariés démissionnaires entrant dans le dispositif « démission-reconversion » dont le premier rendez-vous avec un conseil en évolution professionnelle a eu lieu avant la date de clôture des inscriptions à la sélection

Fournir le document correspondant à l'une des situations évoquées ci-dessus

Ci-dessous la liste des médecins agréés à consulter pour remplir l'attestation médicale
« Médecin Agréé » :

MÉDECINS GÉNÉRALISTES			
ARRONDISSEMENT D'AVESNES-SUR-HELPE			
NOM	TELEPHONE	ADRESSE POSTALE	COMMUNE
COQUET Pierre Marie	06 62 03 25 99	121 rue de la Liberté	59600 MAUBEUGE
KARKOUTLY Carim	06 11 13 70 20	146, route de Feignies	59600 MAUBEUGE
ARRONDISSEMENT DE DOUAI			
BRIS Christian	06.07.70.92.67	297 rue de l'Abbaye des Près	59500 DOUAI
LESCROART Jean-Charles		112 rue Delcambre	59500 DOUAI
PAYEN Bernard-Fernand	06 61 54 53 62	97, rue de la Tour des Dames	59500 DOUAI
SOULARY Jean Claude	03.27.88.25.72	12 rue Victor Hugo	59187 DECHY
ARRONDISSEMENT DE VALENCIENNES			
DEMORY Michel Jean	03 27 25 15 55	24 rue Pierre Joseph Lemer	59199 HERGNIES
DHERBECOURT Joël	03.27.21.67.67	5 RUE Mathieu Dumoulin	59230 SAINT AMAND LES EAUX
LENFANT Jean-Pierre	06 08 71 87 00	5 RUE Mathieu Dumoulin	59230 SAINT AMAND LES EAUX
MERCIER Gilles	06 80 27 26 50	34 rue du Maréchal Soult	59970 FRESNES SUR ESCAUT
CHARPENTIER Pascal	03 59 95 37 02	19 rue des Anciens d'Afrique du Nord	59230 SAINT AMAND-LES EAUX
ARRONDISSEMENT DE LILLE			
TALLEB - AHMED Nour-Eddine	03.20.82.24.22	301 rue Jules Guesde	59510 HEM
BURO Robert Denis Jean Marie	06 14 55 33 46	44 rue PIERRE BROSSOLETTE	59700 MARCQ EN BAROEUL
COUTER Jean Pierre	03 20 86 16 86	108 Bis rue de Tourcoing	59960 NEUVILLE en FERRAIN
DEBOU Didier	03.20.96.16.15	51 rue Henni BARBUSSE	59155 FACHES-THUMESNIL
DELBERGHE Dany Marcel Auguste	03 20 73 78 77	118/18 rue Decrême - Cabinet médical	59100 ROUBAIX
DESHORGUE Jacques	06.09.76.02.76	3 avenue de la créativité - Parc des Moulins	59650 VILLENEUVE D'Ascq
DUDENKO Pascal-Alexandre	03.20.56.03.74	SGAMI NORD – cité MARIANNE – 2 boulevard de Strasbourg	59046 LILLE
MASSET Cécile	06.72.95.92.75	CPSU 47 bis rue du port	59800 LILLE
MASSON Valérie	03 20 13 13 22	27 avenue Suzanne	59110 LA MADELEINE
MONCHO Philippe	06 79 59 11 26	MDPH 21 rue de la Toison d'Or / centre de régulation du CHR, 5 avenue Oscar Lambret	59650 VILLENEUVE D'ASCQ / 59000 LILLE
ROLLET MARC	03 20 06 90 38	74 rue des frères Lumière	59650 COMINES
SINGER Philippe	06.15.47.62.99	293, rue du Saut du Loup	59710 MERIGNIES
VELUT Xavier	03 20 27 01 27	27 rue Marceau	59420 MOUVAUX
VILLERT Jean-Charles	03 20 93 32 22	8 rue des Martyrs de la résistance	59160 LOMME
WELSCHBILLIG Marc	03 20 93 88 54	4 rue d'Alembert	59000 LILLE
	03.20.93.93.65		
LEPETIT PHILIPPE	03.20.85.18.18	166 rue Pierre Mauroy	59000 LILLE

FICHE D'INSCRIPTION

(MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULE)

Nom : Nom marital : Prénom :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Né(e) le : à :

Département : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse Email :

Personne à contacter en cas d'urgence:

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE	Nom de naissance	
	Nom d'usage	
	Prénom principal	
	Prénom 2	
	Prénom 3	
	Date de naissance	
	Code postal de naissance	
	Téléphone portable	
	Téléphone fixe	
	Courriel	
	Adresse	
	Code postal	
	Commune	
	Numéro de sécurité sociale	
SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION	☐ à la recherche d'un emploi ☐ en activité ☐ en poursuite d'études	
STATUT A L'ENTREE EN FORMATION	☐ activités bénévoles (engagement citoyen) ☐ agent consulaire ☐ apprenant en formation de parcours initial ☐ fonctionnaire ☐ intermittent du spectacle ☐ non connu ☐ Personne en Contrat de Sécurisation Professionnelle ☐ Travailleur en ESAT ☐ Travailleur non Salarié ☐ Autre, précisez :	
TYPE DE CONTRACTUALISATION	☐ CDD Contrat à durée déterminée ☐ CDI Contrat à durée indéterminée : ☐ Contrat d'apprentissage (alternance) ☐ Contrat de professionnalisation (alternance) ☐ Contrat de Sécurisation professionnelle (CSP) ☐ Intérimaire (mission d'intérim)	
SITUATION A L'ENTREE EN FORMATION (hors poursuite d'études)	Année de sortie de formation initiale	
	Dernier employeur ou emploi occupé	
	Date de fin ou de rupture de contrat	
	Motif de fin de contrat	
	Secteur d'activité du candidat	

DEMANDEUR D'EMPLOI Situation à l'entrée en formation	Date d'inscription à Pôle Emploi	
	Numéro d'identifiant Pôle Emploi	
	Demandeur d'emploi indemnisé?	☐ OUI ☐ NON ☐ en cours
SALARIE Situation à l'entrée en formation	Siret de l'employeur	
	Catégorie socio-professionnelle	☐ agriculteurs exploitants ☐ artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ cadres et professions intellectuelles supérieures ☐ employés ☐ ouvriers ☐ professions intermédiaires
	Particulier employeur	☐ OUI ☐ NON
		N°URSSAF
	Raison sociale de l'employeur	
	Ville de l'employeur	
SALARIE EN APPRENTISSAGE Situation à l'entrée en formation	Date de début du contrat d'apprentissage	
	Date de fin du contrat d'apprentissage	
CARACTERISTIQUES	Titulaire RQTH	☐ OUI ☐ NON
	Niveau scolaire à l'entrée en formation	☐ 1ère ou 2ème année de DEUG, DUT, BTS école des formations sanitaires et sociales ☐ 2de, 1ère ou 2ème année de CAP ou BEP ☐ 3ème ou 1ère année de CAP BEP ☐ classes de 2ème ou 3ème cycle de l'enseignement supérieur ☐ terminale
	Niveau de certification maximum au moment	☐ Niveau 1 (sans niveau spécifique) ☐ Niveau 2 (sans diplôme ou Diplôme du Brevet) ☐ Niveau 3 (CAP,BEP,...) ☐ Niveau 4 (BP, BT, bac pro ou techno) ☐ Niveau 5 (BTS, DUT, etc...) ☐ Niveau 6 (licence, master1) ☐ Niveau 7 (Grade master) ☐ Niveau 8 (Doctorat, etc...)



**PRÉFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

DEAS – session

(Institut)

Nom de Naissance (en majuscule) :

Nom d'usage :

Prénoms (tous les prénoms) :

Date de Naissance :

Commune de naissance :

Département de naissance (en toutes lettres) :

Pays de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

.....

Numéro téléphone : Numéro portable :

Adresse Mail :@.....

Cet imprimé servira à établir votre diplôme, vous devez joindre impérativement, **une copie claire et lisible**, en cours de validité : de la carte nationale d'identité / du passeport / ou du titre de séjour. **Le permis de conduire n'est pas accepté.**



Seul les noms et prénoms des candidats admis seront affichés. Souhaitez-vous que ceux-ci apparaissent sur le site internet de la DREETS Hauts-de-France ?

☐ **OUI**

☐ **NON**

Signature du candidat

PERIODES ANTERIEURES DE STAGE OU D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE EN ETABLISSEMENT DE SANTE OU STRUCTURE DE SOINS

☐ Compléter le tableau ci-dessous en précisant :

- vos activités professionnelles antérieures
- vos stages supérieurs à 2 semaines

Nom :

Prénom :

Etablissement de santé / structure de soins	Etablissement public / privé	Poste occupé	Période du... au ...	Contrat (CDD- CDI) – autres à préciser exemple stage

☐ Si vous avez des proches (familles/amis) qui travaillent **dans un établissement de santé ou structure de soins**, merci de noter ci-dessous les structures concernées :

-
-
-

INSTITUTS DE FORMATION AIDE-SOIGNANT(E)

☐ Elève entrant en formation aide-soignant(e)

ATTESTATION MEDICALE MEDECIN AGREE

Je soussigné(e) :médecin agréé, certifie que :

Nom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Prénom :

Date de naissance :

(Cochez la case correspondante) :

☐ Ne présente aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il/elle se destine.

☐ Présente une affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il/elle se destine.

Date :

Signature :

Cachet :

ATTESTATION MEDICALE (Vaccinations)**TEXTES DE REFERENCE :**

Arrêté du 6 Mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L3111.4 du code de la santé publique.

Arrêté du 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'Article L3111.4 du code de la santé publique

Décret du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

Je soussigné(e) : Docteur en médecine, certifie que :

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille (*obligatoire pour les femmes mariées*) :

Date de naissance :

En Formation : ☐ Infirmier de ...année d'études ☐ Aide-Soignant ☐ Auxiliaire de Puériculture

● **A été vacciné(e) : Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° Lot

● **A été vacciné(e) : Contre l'hépatite B : OBLIGATOIRE POUR ENTRER EN FORMATION**

☐ Immunisé(e) contre l'hépatite B

Ou

☐ Non répondeur (se) présumé avec surveillance annuelle des marqueurs sériques de l'hépatite B

● **La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire** (décret n° 2019-149 du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG)

Le résultat de la dernière IDR doit être reporté ci-dessous. Il servira de référence en cas de contact avec le bacille de la tuberculose.

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

Date :

Signature et cachet du médecin :



L'attestation ne peut être annotée « en cours de vaccination ». Les vaccinations doivent être réalisées complètement pour l'entrée en Formation.

Autorisation de droit à l'image

*Vu l'article 9 du Code civil qui stipule : « **chacun a droit au respect de sa vie privée** (loi du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens),*

Vu le code de la propriété intellectuelle,

Je soussigné(e) :
(prénom-nom)

Demeurant (n°, rue, code postal, ville) :

.....
.....
.....

☐ **Autorise** le Centre Hospitalier de Maubeuge (et donc L'IFSI-IFAS) à diffuser les supports visuels et audiovisuels sur lesquels je figure, en vue d'une publication sur ces différents supports de communication internes et externes cités ci-après.

- Imprimés promotionnels (brochures, flyers, affiches, magazine, kakémonos...) ;
- Documents institutionnels (ex. : diaporama)
- Communiqués de presse (photos potentiellement réutilisées par les journalistes) ;
- Site internet et emailing
- Réseaux sociaux

☐ **N'autorise pas**

Autres remarques :

.....

Ces publications ne porteront bien évidemment pas atteinte à l'image de la personne. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans.

Date et signature, précédées de la mention « lu et approuvé »

Les données collectées dans ce formulaire permettront au Centre Hospitalier de Maubeuge d'identifier clairement le signataire de cette autorisation. L'adresse permet simplement quant à elle, de différencier un signataire en cas d'homonyme. Seuls les services du CH de Maubeuge, et principalement la direction et la cellule communication auront accès à ces données qui seront conservées jusqu'à la fin de validité de l'autorisation.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données personnelles. Pour faire valoir ce droit, vous pouvez vous adresser au à la direction de l'établissement par courrier, à l'adresse mentionnée ci-dessous. Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez porter plainte auprès de la CNIL.