

DOSSIER D'INSCRIPTION RECYCLAGE QUINQUENNAL DU CQP ALS 2016/2017

DATE DU RECYCLAGE QUINQUENNAL DU CQP ALS CHOISIE

Du 10 au 11/10/2016

Du 15 au 16/06/2017

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : ___/___/___ à

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone : ___ \ ___ \ ___ \ ___ \ ___ @ :

Numéro de Sécurité Sociale :

Numéro de licence EPGV :

PIECES A JOINDRE :

Intitulés des pièces à joindre	Partie réservée à l'organisme de formation
<input type="checkbox"/> 1 photo d'identité (à vos nom et prénom)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 photocopie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Formations suivies (cf page 3)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 certificat original de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives datant de moins de 3 mois (cf page 4)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation de formation continue signée par le CODEP, datant de moins de 12 mois et menée par un formateur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation le cas échéant de formation spécifiques ou filières (Atout Gym, Acti'March®, Prévention des chutes, Gymmémoire@.....), datant de moins de 5 ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie du CQP ALS	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie de la licence EPGV 2016-2017 si adhésion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chèque de 20 € (frais de dossier) à l'ordre du COREG EPGV AQUITAINE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DOSSIER RECU LE :	

SITUATION PERSONNELLE

- Salarié du secteur privé Salarié du secteur public Salarié Association EPGV
- Demandeur d'emploi Travailleur indépendant
- Autres (à préciser).....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

- Formation entreprise à titre personnel
- Formation prise en charge par pôle emploi
- Formation entreprise dans le cadre du CPF (Compte Personnel de Formation)
- Formation payée par la structure (☞)
- Formation entreprise à titre professionnelle (OPCA) (☞)

(☞) **Merci de compléter les coordonnées de la structure qui prend en charge la formation ou qui fait la demande de prise en charge :**

Nom de la structure :

Nom, prénom du représentant de la structure:

Fonction du représentant de la structure :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

N° de téléphone : ____ \ ____ \ ____ \ ____ \ ____ @ :

- Autres (à préciser).....

*Certifie l'exactitude des renseignements :
Date et signature du candidat*

Formations suivies

Citer les formations continues suivies, datant de moins de 12 mois et menée par un formateur.

(Joindre copie de l'attestation signée du CODEP mentionnant la thématique et le volume horaire)

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

Noter les dates et intitulés des formations spécifiques suivies ou filières, datant de moins de 5 ans en et menées par un formateur.

(Joindre la copie de l'attestation)

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

Cous actuellement animés :

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

Dossier à retourner avant le 23/09/2016 :

**COREG EPGV Aquitaine
Service Formation
Maison Régionale des sports
2 avenue de l'université – 33400 TALENCE**

**Courriel : formationaquitaineepgv@gmail.com
Tel : 09 50 54 45 75 // 07 83 80 44 51**

Certificat médical
Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné,

Docteur en :

Médecine Générale Médecine du Sport Autre Spécialité :

Demeurant :

Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme / Mlle (rayer la mention inutile) :

Né(e) le : / /

Demeurant :

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

- à la pratique sportive :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s) :

- à l'encadrement et l'animation de loisirs sportifs :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s) :

Fait à, Le / / 20.....

Cachet du Médecin



Signature du médecin

Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.