

DOSSIER D'INSCRIPTION - PARTIE II

Formation TENDANCE

Saison 2016-2017

STAGIAIRE

Nom : Prénom :

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

Dépt de résidence: 24 33 40 47 64 autre :

MODULE : BASIC TENDANCE (*Dates à choisir si non déjà validé*)

- Du 20 et 21/10/2016 à AGEN Du 16 et 17/01/2017 à TALENCE
- Du 29 et 30/06/2017 à TALENCE Module Basic Tendance validé : date d'obtention.....

MODULES D'ACTIVITES COMPLEMENTAIRES choisis :

 *Pour suivre un module d'activité, il faut impérativement avoir validé le module Basic tendance*

- BODY ZEN** du 21 et 22/11/2016 à AGEN
- BOXING ENERGY** du 05 et 06/12/2016 à TALENCE
- STEP ENERGY** du 06 et 07/02/2017 à ST VINCENT DE TYROSSE
- AERO MOVE** du 24 et 25/04/2017 à TALENCE
- FIT'BALL** du 06 et 07/06/2017 à ST VINCENT DE TYROSSE
- PILATES** (module 1) du 13 et 14/02/2017 à TALENCE

NOMBRES DE PLACES : 20

Les inscriptions seront prises dans l'ordre d'arrivée des dossiers complets.

PIECES A JOINDRE :

Intitulés des pièces à joindre	Partie réservée à l'organisme de formation
<input type="checkbox"/> PARTIE I (fiche de renseignements stagiaire saison 2016-2017, si non déjà transmise)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie de l'attestation du module Basic Tendance, si déjà validé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 certificat original (cf page 4) de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives datant de moins de 3 mois	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 :	

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).....

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.