



FORMATION COMPLÉMENTAIRE NIVEAU 1 EDUCATEURS SPORTIFS SPORT SANTE BIEN-ÊTRE

Bulletin à remplir et retourner, avant le 13/04/2018, à sportsante@cdos94.org

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F ☐ M ☐

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel :

Courriel :

Votre association :

Formation initiale (STAPS, BE, DE, BP, CQP, autres) :

Autre(s) formation(s) lié(s) au Sport Santé :

Autre(s) formation(s) :

Sport(s) pratiqué(s) :

Sport(s) encadré(s) :

Statut : ☐ Bénévole de l'association ☐ Salarié(e) de l'association

Dates de formations : Le vendredi 25/05/2018 et le vendredi 01/06/2018, de 9h à 18h.

Le lieu de formation : CDOS 94 – 38 rue Saint-Simon – 94000 Créteil

Si vous êtes salarié de la structure sportive, remplir le cadre ci-dessous :

Je soussigné.....

Qualité.....

Autorise M.....

Salarié(e) de l'association.....

À participer aux journées de formation organisées par le CDOS 94. Signature et cachet

Tarif: **35 €** à régler par chèque à l'ordre du CDOS 94.

Toute annulation d'inscription devra être effectuée au plus tard 8 jours avant le début de la formation. Dans le cas contraire, celle-ci sera due.

Fait à, le.....

Signature et cachet de l'association

38 rue Saint Simon - 94000 CRETEIL
Téléphone : 01.48.99.10.07 – Fax : 01.48.99.30.21
E-mail : cdos94@cdos94.org – Site Internet : www.cdos94.org
N°Siret : 320 366 792 000 36 – Code APE : 9312Z