



FORMATION COMPLÉMENTAIRE NIVEAU 1 EDUCATEURS SPORTIFS SPORT SANTE BIEN-ÊTRE

Bulletin à remplir et retourner 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

Autre (salarié d'entreprise, de collectivité, autoentrepreneur, ...) précisez :

Dates de formations : le vendredi 25 juin de 9h à 18h ET le samedi 26 juin de 9h à 18h.

Le lieu de formation : CDOS 94 – 16 avenue Raspail – 94250 Gentilly

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 : **120€** pour les bénévoles ou salariés issus d'associations et **150 €** pour les autres. Cette somme est 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