



Réseau Sport-Santé de Franche-Comté

Comité Régional Olympique et Sportif
de Franche-Comté

3 avenue des Montboucons
25000 BESANCON

Tél : 03.81.48.36.52

N° SIRET : 320 863 475 000 36

N° déclaration : 43 25 00653 25

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Date de réception du dossier (cadre réservé CROS)

Sport et maladies chroniques

Livret d'inscription à retourner avant le 15 septembre 2012

au Comité Régional Olympique et Sportif de Franche-Comté
à l'attention de Melle THIOULET Marie-Lise

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Une attestation d'assurance « responsabilité civile » en cours de validité.
- Une copie du ou des diplôme(s), mentionné(s) dans la partie « qualification sportive » ou de la carte professionnelle à jour.
- Un chèque d'un montant de 160€ (frais pédagogique) libellé au « Comité Régional Olympique et Sportif de Franche-Comté ».

+ 80 € si vous souhaitez l'hébergement (2 nuits à Besançon et 1 nuit à Doucier)

VOTRE IDENTIFICATION

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame			
Nom de jeune fille		Situation familiale	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Téléphone		Tél. portable	
E-mail			
N° Sécurité Sociale	_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /		

VOTRE SITUATION

<input type="checkbox"/> Salarié(e)	Employeur : Fonction :
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	Inscription Pôle Emploi : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	Etablissement :
<input type="checkbox"/> Autre situation	Préciser :

VOTRE CURSUS DE FORMATION

CURSUS SCOLAIRE	
Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de :	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} <input type="checkbox"/> 2 ^{nde} <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> Terminale
Diplôme scolaire le plus haut obtenu :	
Année d'obtention :	

CURSUS UNIVERSITAIRE	
Suivi d'études universitaires :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles :	
Diplôme universitaire le plus haut obtenu :	
Année d'obtention :	

CURSUS PROFESSIONNEL	
Suivi de formations professionnelles :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles :	
Diplôme professionnel le plus haut obtenu :	
Année d'obtention :	

VOTRE QUALIFICATION SPORTIVE

**COCHER LES TITRES, DIPLOMES OU ATTESTATIONS OBTENUS
(joindre impérativement les photocopies) :**

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> BEES | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> BP JEPS | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Brevets Fédéraux | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> diplôme STAPS | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> professeur d'EPS | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VOTRE EXPÉRIENCE

ACTIVITÉS SPORTIVES PRATIQUÉES

Activités sportives	Pratique	Niveau compétitif
	<input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Compétitif	<input type="checkbox"/> Départemental ou région <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> International
	<input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Compétitif	<input type="checkbox"/> Départemental ou région <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> International
	<input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Compétitif	<input type="checkbox"/> Départemental ou région <input type="checkbox"/> Interrégional ou national <input type="checkbox"/> International

FONCTIONS EXERCÉES DANS L'ENCADREMENT

Fonctions	Périodes	Nombre d'heures	Nom de la structure

VOS MOTIVATIONS - VOTRE PROJET

VOTRE DÉCLARATION DU STATUT DE STAGIAIRE

Application de l'article L.212-11 du code du sport, du décret n°93-1035 du 31 août 1993 modifié et de l'arrêté du 27 juin 2005 relatif à la déclaration d'activité prévus aux articles 12 et 13-1 dudit décret.

Toute personne procédant à cette déclaration fera l'objet d'une demande d'extrait de casier judiciaire (bulletin n°2) auprès du service du casier judiciaire national, comme prévu à l'article 2 de l'arrêté du 27 juin 2005, et conformément à l'article 203 de la loi n° 2004-204 du 9 mars 2004.

I. ÉTAT CIVIL

Nom (patronyme) :

Nom d'épouse :

Prénom(s) :

Sexe : féminin masculin

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Télécopie :

Mél :

Date de naissance lieu :

(préciser l'arrondissement pour Paris, Lyon et Marseille)

Nationalité :

Pour les personnes nées à l'étranger :

NOM / Prénom(s) du père :

NOM de jeune fille/ Prénom(s) de la mère :

II. QUALIFICATION - DIPLOME PRÉPARÉ



Réseau Sport-santé
FRANCHE-COMTÉ
CROS FC
3 avenue des
Montboucons
25000 BESANCON
Tél. : 03 81 48 36 52

Sports et maladies chroniques

15-16-17/10/2012 : formation au CIS à Besançon
15-16/11/2012 : formation à la MFR de Doucier

III. ACTIVITÉS ENCADRÉES

IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je

soussigné(e) _____ éducateur (trice) sportif (ve) souhaitant exercer les fonctions prévues aux articles L.212-1, L212-2 et L.212-7 du code du sport, déclare remplir les conditions fixées par ces dispositions et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation m'interdisant l'exercice de ces fonctions, en application de l'article L.212-9 du même code.

J'atteste l'exactitude des informations portées dans la présente déclaration.

Fait à _____, le _____
(NOM et signature)

Formation sport santé



• Contact

CROS Franche Comté
Marie-Lise THOLLET- Chargée de mission
3 avenue des Montboucons – 25000 BESANCON

• Téléphones

Tél : 03.81.48.36.52

• Courriel

marie-lise.thiollet@franceolympique.com

• Dossier

• Dossier téléchargeable sur le site:
www.rssfc.fr

• Date limite de dépôt le 15 septembre 2012



Réseau Sport Santé Franche Comté

15-16-17 octobre
15-16 novembre 2012

BESANCON et CHALAIN



Sensibilisation des éducateurs sportifs aux « maladies chroniques »

- Vous êtes éducateurs sportifs et vous souhaitez ouvrir vos séances aux personnes atteintes de maladies chroniques
- Ces journées d'informations vous permettront d'acquérir des bases fondamentales.



1 Public concerné

- Les éducateurs et animateurs sportifs qui souhaitent intégrer une dimension sport santé dans leurs activités professionnelles, titulaires d'un diplôme justifiant l'encadrement d'activités physiques (BEES, BPJEPS, brevets fédéraux, diplôme STAPS, professeur d'EPS...)

2 Nombre de places

Minimum : 10
Maximum : 16

3 Objectif de formation

- Ajuster les compétences théoriques et pratiques de l'animateur sportif pour lui permettre d'assurer l'accueil des personnes souffrant de maladies chroniques au sein de sa structure dans la spécialité couverte par son diplôme

4 Objectifs pédagogiques

- Définir le champ d'intervention de l'éducateur sportif
- Identifier les différents partenaires (psychologue, médecins, diététicien, réseaux santé, les éducateurs médico-sportifs)
- Prendre en compte les capacités des personnes atteintes d'obésité, de diabète, de maladies cardio-vasculaires et de maladies respiratoires.
- Évaluer l'autonomie de la personne par rapport à sa pathologie
- Accompagner la personne porteuse de maladies chroniques dans la pratique sportive
- Détecter les signes « précurseurs d'intolérance à l'effort »

5 Frais

- Frais pédagogiques de l'ensemble des modules : 160 €
- Frais d'hébergements (sur demande du stagiaire) : 80 €

6 Dates et lieux de formation

Clôture des inscriptions : 15 septembre 2012

- 1er module théorique à Besançon (25) : 15, 16 et 17 octobre 2012
- 2ème module pratique à Chalais (39) : 15 et 16 novembre 2012

7 Validation de la formation :

- Le stagiaire doit suivre les deux modules de la formation et sera évalué en fin de formation.

Pour plus de renseignements : www.rssfc.fr (onglet « formation »)