



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)