

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Le nombre de places étant limité, il est impératif de retourner ce bulletin d'inscription :

- Par mail ([hautevienne@franceolympique.com](mailto:hautevienne@franceolympique.com))
- Par courrier (CDOS 87 - 35 boulevard de Beaublanc - 87100 LIMOGES)

**Merci de bien remplir l'ensemble des éléments demandés afin que nous puissions traiter au mieux votre demande d'inscription. Votre inscription ne sera validée qu'après l'étude de votre dossier par le CDOS 87. Vous recevrez une convocation par mail.**

### IDENTITÉ DU PARTICIPANT

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Date de naissance : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_
- Téléphone : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_
- Lieu de naissance : .....
- N° Sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Clé : \_ \_
- Adresse : .....
- Mail : .....@.....
- Tranche d'âge
  - 18-25 ans
  - 26-64 ans
  - 65 ans et +

### STATUT DU PARTICIPANT AU SEIN DE LA STRUCTURE

- Êtes vous bénévole ou salarié de votre association ?  BENEVOLE  SALARIE.E  VOLONTAIRE
- Si vous avez coché « bénévole », quelle fonction occupez-vous ?
  - PRESIDENT
  - TRESORIER
  - SECRETAIRE
  - AUTRE : .....
- Si vous avez coché « salarié.e » :
  - o Quel poste occupez-vous ? .....
  - o Quel type de contrat avez-vous ?  CDI  CDD
  - o A quelle date avez-vous débuté votre contrat : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_
  - o Si vous êtes en CDD ; indiquez la date de fin de votre contrat : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

### ACCESSIBILITÉ PERSONNES HANDICAPÉES

- Etes-vous en situation de handicap ?  OUI  NON
- Avez-vous besoin de dispositifs spécifiques ?  OUI  NON
- Si oui, précisez lesquels : .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## ASSOCIATION OU STRUCTURE

- Nom de la structure : .....
- Fédération(s)  
d'affiliation : .....
- Nom du ou de la Président.e : .....
- Adresse de la structure : .....
- Mail de la structure : ..... @.....
- Téléphone : \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ - \_ \_
- N° SIRET : \_ \_ \_ \_ \_ Code APE : \_ \_ \_ \_ \_
- Nom de l'OPCO : .....
- o N° AFDAS (uniquement pour les structures employeuses) : \_ \_ \_ \_ \_

## CHOIX DE LA FORMATION

Je souhaite m'inscrire à la formation :

- Sport sur prescription médicale (rayez la mention inutile) :  
- Educateur | Formation Complémentaire
- Valeurs de la République et Laïcité
- Certificat de Formation à la Gestion Associative (CFGA)

qui aura lieu du ..... au .....

## OBJECTIFS DE L'INSCRIPTION

**Précisez les raisons qui motivent votre candidature** (*prise de fonction, acquisition de compétences, formation continue, développement personnel, autres raisons...*) :

.....

.....

.....

## DIPLÔME(S) OBTENU(S)

**ATTENTION : le cadre ci-dessous ne concerne que les formations « Sport sur Prescription Médicale ». Pour le « CFGA » et la formation « Valeurs de la République et Laïcité », aucun diplôme n'est demandé aux candidats.**

Précisez vos diplômes obtenus

Date d'obtention

- d'État : ..... Date d'obtention : .....
- Fédéral : ..... Date d'obtention : .....
- CQP : ..... Date d'obtention : .....
- Autre diplôme : ..... Date d'obtention : .....

→ **Pour valider votre inscription merci de joindre la photocopie de chaque diplôme**