**Dossier d'Inscription**

****

**Formation Pilates**

**À retourner avant le 15 octobre**

**Formation de novembre à janvier**

**Sport Formation**

Technopôle Agroparc 105 rue Pierre Bayle 84000 AVIGNON

Tél : 07.66.15.94.45 ou 06.51.98.81.44

[admin@aquasport-formation.com](mailto:admin@aquasport-formation.com)

www.sportformation.com

SIRET : 807 992 656 00015

Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro 93.84.03682.84

du Préfet de région Provence Alpes Côte d’Azur

**DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

❒ **La fiche identitaire dûment complétée** et renvoyée par courrier à *(**Sport Formation - Technopôle Agroparc -105 rue Pierre Bayle – 84000 Avignon)* ou mail *(*[*admin@aquasport-formation.com)*](mailto:admin@aquasport-formation.com))

❒ La **carte d’identité** ou le passeport ou livret de famille ou titre de séjour

❒ La **carte vitale** lisible

❒ **1 photo** d’identité

❒Lademande d'autorisation d'utilisation de l'image et aux données d'une personne

❒ Le certificat de non contre-indication à la pratique sportive et à l'animation sportive datant de moins d'1 an **sur le modèle joint**

❒ **Deux chèques :**

* un de 25,00 € libellé à l’ordre de *Aqua Sport Formation* correspondant aux frais de dossier, encaissé à réception du dossier et non remboursable
* un chèque de 250,00 € libellé à l’ordre de *Aqua Sport Formation* correspondant à une caution sur les coûts de formation

❒ En cas de prise en charge par un organisme paritaire (OPCO…), veuillez fournir un **justificatif de l’organisme financeur mentionnant le montant de l’aide**

❒ La copie de l'une des **qualifications** suivantes (Article L212-8 du Code du sport) : BEES MF, BPJEPS AGFF, BPJEPS AF, BPJEPS APT, CQP ALS AGEE, Licence STAPS APA, DE Professeur de danse, DE de Masseur Kinésithérapeute, ETAPS

❒ L'attestation de Formation **PSC 1 ou SST** (ou équivalent) ou diplômes supérieurs (**PSE 1** ou PSE2 à jour de leur formation annuelle)

❒ L’attestation d’assurance responsabilité civile

À réception de votre dossier par notre service Administratif, vous recevrez un mail accusant réception et confirmant que le dossier est complet ou qu'il manque des éléments. **Votre candidature ne sera effective qu'à réception complète du dossier.**

Quinze jours avant l'entrée en formation, vous serez convoqué.e par mail.

**FICHE IDENTITAIRE**

**Photo à agrafer ou à coller**

1. **Identité**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de Naissance : Nationalité :

Département : Ville :

N° Sécurité sociale : |\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Adresse :

Code postal : Ville

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Mail : @

Êtes-vous en situation de handicap ? 🞎 Oui 🞎 Non

*Nous vous ferons parvenir notre livret d'accueil spécifique PSH (Personne en Situation de Handicap)*

Bénéficiez-vous d'une prise en charge du coût de la formation ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, par quel organisme ?

Si non, quelles sont vos pistes de financement ?

1. **Situation professionnelle**

❒ Demandeur.se d'emploi

Date d'inscription : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Identifiant Pôle Emploi (PE) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|

Adresse de l'agence PE :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Conseiller(ère)

Percevez-vous le RSA ? 🞎 Oui 🞎 Non

❒ Salarié.e

Fonction :

Structure :

Adresse :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Type de contrat ? 🞎 CDI 🞎 CDD, date de fin :

❒ Autre situation *(lycée, étudiant, bénévole, sans activité…)*

Précisez :

Si vous avez moins de 26 ans, indiquez les coordonnées de la Mission Locale dont vous dépendez :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Conseiller(ère)

1. **Diplômes & études**

Êtes-vous inscrit.e dans un cursus d'études ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, à quel niveau ?

Si non, à quelle date avez-vous arrêté votre scolarité ?

Dernière classe fréquentée :

Dernière diplôme obtenu :

Précisez la spécialité :

Avez-vous suivi des formations complémentaires ? 🞎 Oui 🞎 Non

Précisez :

Possédez-vous un **diplôme sportif** ? : 🞎 Oui 🞎 Non

🞎 BAFA 🞎 BAFD 🞎 BAPAAT 🞎 Partie commune BEES 1er degré

🞎 BEES, option :

🞎 BP JEPS, option :

🞎 CQP, option :

Date d'obtention :

Je soussigné.e, certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à le

***Signature du.de la candidat.e***

**CERTIFICAT MÉDICAL**

**Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport**

**Je soussigné.e**

Docteur en :

* Médecine Générale □ Médecine du Sport

□ Autre Spécialité (préciser)

Demeurant :

**Certifie avoir examiné ce jour**, M. / Mme *(rayer la mention inutile)* :

Né.e le : ……… / ……… / ……… à :

Demeurant :

Et n’avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents

**À LA PRATIQUE DU PILATES (avec sou sans matériel)**

Fait à …………………………………. Le ……. / ……. / 20….

***Signature et Cachet***

*Informations au médecin signataire*

*L’article L 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu’après un "examen médical approfondi" qui doit permettre le dépistage d’une ou plusieurs affections justifiant une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.*

**DEMANDE D'AUTORISATION**

**D'UTILISATION DE L'IMAGE ET AUX DONNÉES D'UNE PERSONNE**

Je soussigné.e

demeurant

Code postal : Ville

Mail : @

Suivant la formation :

❒ **autorise**  SPORT FORMATION à me photographier, me filmer, utiliser mon image durant la durée de ma formation et à utiliser mes coordonnées pour l'abonnement à la Newsletter.

❒ **n’autorise pas** SPORT FORMATION, à me photographier, me filmer, utiliser mon image durant la durée de ma formation et à utiliser mes coordonnées pour l'abonnement à la Newsletter.

Les photographies et/ou images pourront être exploitées et utilisées directement par SPORT FORMATION, à titre gratuit et non exclusif, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, sans limitation de durée. Elles pourront être utilisées intégralement ou par extraits, et notamment sur les supports suivants :

* Presse,
* site Internet de SPORT FORMATION ou celui d’un de ses partenaires,
* page Faceboook, Instagram, LinkedIn de l’association,
* forum, expositions,
* publicité,
* projection publique.

**Le bénéficiaire de l’autorisation s’interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies ou images susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d’utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.**

Pour tout litige né de l’interprétation ou de l’exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

Fait à …………………………………………………., le……………………………………… en un exemplaire et de bonne foi\*.

Signature précédée du nom et prénom :

*\* une copie de ce document vous sera remis sur simple demande*

**MIEUX VOUS CONNAITRE**

* Pratiquez-vous déjà le Pilates ? 🞎 Oui 🞎 Non

Précisez (fréquence, ancienneté…)

* Pratiquez-vous une autre activité sportive, si oui laquelle ?

* Avez-vous déjà enseigné une activité sportive ? 🞎 Oui 🞎 Non

*(Précisez le public, l’activité, la durée, le cadre)*

* Exercez-vous des activités bénévoles ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, la(es)quelle(s) :

* Renseignement(s) que vous pensez utile(s) de nous communiquer :