

Dossier d'inscription aux journées de préparation aux tests de sélection du BPJEPS AF et/ou de préparation en haltérophilie

PHOTO

**Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport
Spécialité « Educateur sportif », mention « Activités de la Forme »**

Préparation aux TEP & Tests de sélection

- OPTION A « Cours collectif »*
 OPTION B « Haltérophilie, musculation »*

* Cocher la case correspondante

Accompagné du certificat médical joint & d'un

chèque de : **-99€ pour 1 option (12h)**
 -149€ pour 2 options (16h)

Préparation en Haltérophilie

**Accompagné d'un certificat médical et d'un
chèque de 390€ (20h)**

Les adhérents bénéficient d'une remise de 10% sur les stages et formations organisés par la FNFDA (hors BPJEPS AF & Préformation) / Le coût de l'adhésion est de 15€.

NOM : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) :

CIVILITE : M Mme Mlle DATE DE NAISSANCE : __/__/____

Situation actuelle (étudiant, demandeur d'emploi, salarié ...) :

ADRESSE:

CODE POSTAL : _____ VILLE :

N° DE TELEPHONE FIXE : __/__/__/__/__ MOBILE : __/__/__/__/__

COURRIEL (email) OBLIGATOIRE :@.....

Date de passage des TEP : __/__/____

➤ Lieu de préparation aux tests de sélection

F.N.F.D.A.

7 rue Paul Gillet- 92600 Asnières sur Seine Tél. : 09 81 93 45 45

Métros : M 13, station les Agnettes ou Gabriel Péri

Responsable pédagogique de la formation : **Véronique Lapous** contact@fnfda.fr

En vertu de l'article 27 de la loi de janvier 1978, la Fédération Nationale de Fitness et de Disciplines Associées vous informe que votre identité, vos résultats d'examens, et éventuellement votre photographie pourront être mis en ligne sur le site Internet de la F.N.F.D.A. Si vous ne souhaitez pas, que l'on communique ces informations, à votre sujet, merci de cocher la case ci-contre :

: **cocher la case correspondante.**

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du BPJEPS AF, option A « Cours collectifs » et/ou option B « Haltérophilie, Musculation ».

Je soussigné(e),..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour.

Mr / Mme / Mlle** et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun signe apparent paraissant contre indiquer la pratique et l'enseignement des activités de fitness, d'haltérophilie et de musculation.

** Rayer les mentions inutiles.

Fait à

Le _/ _/ _ _ _

Cachet du médecin

Signature du médecin