



**Comité Régional Olympique et Sportif  
de Franche-Comté**

3 avenue des Montboucons  
25000 BESANCON

Tél. : 03.81.48.36.57  
03.81.21.60.18

**CROS FC - Organisme de formation déclaré**  
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 2016

**Livret d'inscription à retourner avant le 12 septembre 2016**

**Au CROS de Franche-Comté**  
**à l'attention de Mme Marie-Lise THIOLLET**

### **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 230€ (financement individuel ou employeur) libellé au « Comité Régional Olympique et Sportif de Franche-Comté »
- Si vous souhaitez l'hébergement, un chèque de 175 € pour 1<sup>er</sup> er 2<sup>ème</sup> module ou un chèque de 120 € pour 1<sup>er</sup> module uniquement ou 55 € pour 2<sup>ème</sup> module uniquement.

**Pour toute demande nous pouvons vous aider à remplir votre demande préalable de prise en charge de votre action de formation par un OPCA, nous vous fournirons le devis de formation et le programme détaillé.**

## 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"/> Étudiant(e)	Établissement :
<input type="checkbox"/> Autre situation	Préciser :

## VOTRE CURSUS DE FORMATION

CURSUS SCOLAIRE	
Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de :	<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>nde</sup> <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> <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 ou copie carte professionnelle) :*

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <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 :

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

CROS FC  
3 avenue des  
Montboucons  
25000 BESANCON  
Tél. : 03 81 48 36 57

Sports et maladies chroniques

26-27-28-29/09/2016 : formation à la MRS à Besançon  
3/11/2016 : formation à la Beline de Salins les Bains  
4/11/2016 : formation au CRCP de Pont d'Héry

### 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)