|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BULLETIN D’INSCRIPTION****ATTESTATION DE QUALIFICATION SPORT ADAPTE****ATTESTATION D’ENCADREMENT SPORT ADAPTE** |  |

 |
| **STAGIAIRE**

|  |
| --- |
| Mme ❒ Mlle ❒ Mr ❒ Nom: ................................................................................... Prénom : ...................................................................................Date de naissance : ………/………/.............................Adresse personnelle : n°, Rue ..........................................................................................C.P. ............................. Ville........................................................................................Téléphone : …… / …… / ….. / …… / ……  Mail : .…………………….………………………….@............................................................Profession : ….………………………...……………………………………….………………………. |
| □ Je suis titulaire d’un diplôme ouvrant des prérogatives d’encadrement auprès de tout public d’une/d’activité(s) physique(s) et sportive(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * BEES 1er degré
* BEES 2ème degré
* BPJEPS
* DEJEPS
* Licence STAPS
* DEUG / L2 STAPS
* CQP
* Autre :
 | *Option(s)**…………………………………………………**…………………………………………………**…………………………………………………**…………………………………………………**…………………………………………………**…………………………………………………**…………………………………………………**…………………………………………………* | *N° de diplôme**……………………………………..**……………………………………..**……………………………………..**……………………………………..**……………………………………..**……………………………………..**……………………………………..**……………………………………..* |

 |
| □ Je ne suis pas titulaire d’un diplôme cité ci-dessus, et atteste avoir connaissance que le diplôme de l’A.Q.S.A. (ou A.E.S.A.) ne pourra pas m’être délivré. |

**Bulletin à imprimer et à renvoyer à l’adresse suivante avec les chèques à :**  | **FACTURATION**

|  |
| --- |
| *Hors employeur du secteur médico-social*Nom et Adresse de l’association ou de l’organisme : …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………C.P………………….. Ville……………………………………………………………………………………….Nom de la personne responsable de l’inscription : ………………………………………………………..Téléphone : …… / …… / ….. / …… / ……  - Fax : …… / …… / ….. / …… / …… Mail : .…………………….………………………….@............................................................ |
| **FORMATION** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulés** | **Dates** | **Lieux** |
| **AQSA/AESA** | **Module** **1 & 2** | **20 au 24 mars 2017** | **Chatenois (67)** |

 |
| **FINANCEMENT** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Coût pédagogique** | **Hébergement / Restauration** *(au choix)* |
| * **750** €
* **400** € (inscription à titre individuel\*)
 | Pension complète :**180** € | Déjeuners uniquement :**50** € |

Joindre la totalité du règlement :Les coûts pédagogiques par chèque libellé à FFSA/TRANS’FORMATION.Les frais d’hébergement et restauration par chèque à l’ordre de **Ligue Alsace Sport Adapté**\* *Le* c*hèque est établi obligatoirement par le stagiaire. La facture sera établie à son nom.* |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LIGUE ALSACE SPORT ADAPTE****AQSA LUTTE****15, RUE DE L'INDUSTRIE****67400 ILLKIRCH - GRAFFENSTADEN** |

|  |  |
| --- | --- |
| A.............................................le............................................Cachet et signature de l’employeur | A.............................................le............................................Signature du stagiaire |

 |

 |