|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **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 | | | |