

DOSSIER INSCRIPTION AU STAGE DE PRÉPARATION AU BPJEPS Activités du Cyclisme



Du 21 au 22 mars 2019 à Voiron

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Email : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Statut : salarié⁽¹⁾ demandeur d'emploi autre : _____

travailleur indépendant : je cotise pour la formation professionnelle à : AGEFICE autre : _____

Financement de la formation :

Personnel

Entreprise⁽¹⁾ : mon entreprise cotise à : AGEFOS UNIFORMATION autre : _____

Nom et adresse de mon entreprise : _____

OPCA dans le cadre du CPF⁽¹⁾ Plan de Formation⁽¹⁾ Contrat de professionnalisation⁽¹⁾

Autre : _____

Fait à _____, le _____

Signature du candidat :

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

1 certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités cyclistes **datant de moins d'un an** à la date des épreuves de sélection (**sur l'imprimé ci-joint ou librement**) Ce certificat pourra être conservé pour l'inscription au BPJEPS

1 chèque d'acompte de 50€

1 chèque de 50 € pour les frais de dossier (ces frais ne seront pas à repayer pour la formation BPJEPS)

Dossier à déposer/envoyer à : Institut de Formation du Vélo – 180 Boulevard de Charavines – 38500 VOIRON

Comment avez-vous eu connaissance de la formation organisée par L'INSTITUT DE FORMATION DU VELO ?

calendrier général du Ministère des Sports

site web de l'INSTITUT DE FORMATION DU VELO

autre site web, précisez : _____

newsletter de l'IFV

salon professionnel : _____

connaissance personnelle, précisez (moniteur, etc.) : _____

ancien stagiaire

autres : précisez

Personnes à contacter pour tous renseignements :

Responsable pédagogique : Bertrand RABATEL – Tél : 06 81 10 41 73 - Mail : info@formationvelo.com

Questions administratives : Julie BOURDAIS – Tel : 09 86 57 88 23 – Mail : secretariat@formation-velo.com

Pour réserver un hébergement sur le site de la formation, je contacte : resa@trempinsport.fr / 04 76 67 04 05

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - M.

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'enseignement des **ACTIVITES DU CYCLISME.**

Fait à,

le

Signature et cachet obligatoire :