



CDOS
ORNE

Bulletin d'inscription Formation E3S

Nombre de place limité : 8 minimum / 12 maximum

Information Stagiaire :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP: / / Ville:

Portable:

Mail (écrire lisiblement) :

Vous êtes :

- Salarié temps plein Salarié temps partiel
 Salarié Multi-employeur Apprenti Auto-entrepreneur

Autres :

Diplômes obtenus :

- Diplôme d'Etat : Date d'obtention :
- Diplôme fédéral : Date d'obtention :
- CQP : Date d'obtention :
- Autre diplôme :

Formations complémentaires :

- Formation fédérale thématique. Nom de la formation : Date :
- Sensibilisation Activité Physique et Cancer avec OncoNormandie (IMAPAC) Date :
- Education Thérapeutique du Patient. Organisme : Date :
- Autre : Nom de la formation : Organisme : Date :

Adresse de facturation :

Nom de la structure :

Adresse :

Code postal : / / Ville :

Téléphone :

Mail (écrire lisiblement) :

Votre structure a-t-elle un projet/une action sport santé ? Oui Non

Si oui, décrivez-le projet/l'action et son état d'avancement (public cible, nombre de séances, encadrement, partenariat...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos attentes/souhaits lors de cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Document à fournir :

Copie PSC1

Copie carte professionnelle