FORMULAIRE D'INSCRIPTION
CENTRE DE FORMATION SAISON 2026/2027
CERTIFICATION D'ASSISTANT PROFESSEUR

CANDIDAT A LA FORMATION :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

Tél. privé : _____ Tél. professionnel : _____

Portable : _____

E-mail : _____

Club : _____

N° Licence : _____

Grade : Date d'obtention : ____ ____ _____

Coût de la formation à régler auprès du Comité départemental. Il s'élève à 60 Euros.

Date et Signature :

PRESIDENT DE L'ASSOCIATION :

NOM: _____ PRENOM: _____

Demande à ce que le candidat ci-dessus nommé puisse intégrer la formation visant à préparer la qualification qui lui conférera le droit d'accompagner le professeur de judo au sein de notre association, dans le respect le plus stricte des conditions définies par les textes officielles de France Judo.

Date et Signature :

PROFESSEUR TUTEUR DU STAGIAIRE :

NOM: _____ PRENOM: _____

BE 1: ☐ DEJEPS: ☐ BE 2: ☐ DESJEPS : ☐ CQP APAM : ☐ CFEB: ☐

N° DE DIPLOME : _____ DATE D'OBTENTION : ____ ____ _____

Tél. privé : _____ Tél. professionnel : _____

Portable : _____

E-mail : _____

Déclare assurer le tutorat du candidat durant le stage pédagogique qu'il effectuera dans notre association.
Je m'engage à le conseiller et l'évaluer, selon les modalités définies et me tiens à la disposition des formateurs départementaux et régionaux pour une information sur ces modalités.

Date et Signature :