

Numéro de déclaration d'activité : 93131091613

Numéro SIRET : 782 912 414 00052

## DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION

### Tennis Santé

**Dates :** 2/3 et 9/10 Mars et 16/17 Mars 2026

**Lieu :** TC Solliès Pont – Av. Didier Daurat – 83120 Solliès Pont

**Dossier à renvoyer avant le 20 février 2026**

***Tout dossier incomplet entraîne la non-inscription à la formation***

**Merci de retourner cette fiche dûment complétée par mail à**

Victoria TICARRO- mail: victoria.ticarro@fft.fr Tel: 06.80.59.93.75

**Avant la date limite d'inscription pour une demande de prise en charge par l'OPCA-AFDAS comprenant :**

- Copie de votre carte d'identité
- Copie de la licence 2026
- Copie de la carte professionnelle à jour
- Copie du diplôme

#### Renseignements civils et administratifs

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr	Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....		Ville de naissance : .....
Département de naissance : .....		Nationalité : .....
Adresse : .....		
Code postal : .....		Ville : .....
Numéro de sécurité sociale (15 Chiffres) : .....		
Adresse e-mail : .....		Téléphone portable : .....
Dernier diplôme obtenu : <input type="checkbox"/> DEJEPS <input type="checkbox"/> DESJEPS <input type="checkbox"/> BE1 <input type="checkbox"/> BE2		
Avez-vous besoin d'un aménagement en particulier ? Si oui nous vous recontacterons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui vous souhaitez : <input type="checkbox"/> aménagements des épreuves <input type="checkbox"/> aménagement en formation <input type="checkbox"/> aménagements du matériel		

Nom du club employeur (obligatoire): .....	
Emploi occupé : .....	
Date d'entrée en entreprise : .....	Type de contrat (CDI-CDD-Autres): .....
N° SIRET de club employeur (obligatoire) : .....Code Club (obligatoire) : .....	
Adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....



Numéro de déclaration d'activité : 93131091613

Numéro SIRET : 782 912 414 00052

## Questionnaire de positionnement

**NOM :**

**Prénom :**

### Votre Niveau

Avez-vous déjà participé à des formations sur ce thème ?

- ☐ Oui  
☐ Non

Si oui lesquelles ?

---

---

### Compétences et Connaissances

Pourquoi vous inscrivez-vous à cette formation ?

- ☐ Connaissance des pathologies.  
☐ Outils pédagogiques pour adapter au mieux vos séances  
☐ Outils liés à la création de partenariat avec des établissements spécialisés

### Attentes et Objectifs

Vos attentes vis-à-vis de cette formation ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Acquérir de nouvelles connaissances et compétences  
☐ Evoluer professionnellement ?  
☐ Autre :

---

---

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du club employeur

Signature du stagiaire

