

Numéro de déclaration d'activité : 93131091613

Numéro SIRET : 782 912 414 00052

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION

Recyclage Tennis Santé

Dates : 11 et 12 mai 2026

Lieu : Ligue Provence Alpes Côte d'Azur de tennis-1175 Chemin des Cruyes -13090 Aix en Provence

Dossier à renvoyer avant le 1 mai 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
- Copie de l'attestation de formation au Tennis Santé

Renseignements civils et administratifs

☐ Mme ☐ 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 : ☐ DEJEPS ☐ DESJEPS ☐ BE1 ☐ BE2

Personne en situation d'handicap

Avez-vous besoin d'un aménagement en particulier ? Si oui nous vous recontacterons : ☐ OUI ☐ NON

Si oui vous souhaitez : ☐ aménagements des épreuves ☐ aménagement en formation ☐ 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 la formation initiale « Tennis Santé » ?

- ☐ Oui
☐ Non

Compétences et Connaissances

J'encadre un ou plusieurs groupes dans le domaine du Tennis Santé :

- ☐ Ponctuellement
☐ Hebdomadairement
☐ Jamais

Je travaille en partenariat avec :

- ☐ une Maison Sport Santé
☐ un établissement de soins
☐ un regroupement de professionnels de santé (Maison de Santé, CPTS)
☐ aucune des structures précitées

J'effectue régulièrement une mise à jour de mes connaissances :

- ☐ Oui
Comment : _____
☐ Non

Attentes et Objectifs

Pourquoi vous inscrivez-vous à cette formation ? (Cochez les réponses pertinentes) :

- ☐ Besoin d'aide pour développer mon réseau de partenaires.
☐ Remettre à jour mes connaissances des gestes de premiers secours.
☐ Enrichir mon approche pédagogique

☐ Autre : _____

Le _____ à _____

Signature du club employeur

Signature du stagiaire

