



EFICIENCIA Savoie
DOSSIER D'INSCRIPTION
Formation Préparatoire
BP JEPS Activités de la Forme
01 octobre 2018 au 29 mai 2019
3, rue de la banque 73000 Chambéry

PHOTO

NOM : Nom d'usage:

Prénom(s):

Nationalité: Sexe:

Date de naissance: / / Age :ans

Lieu de naissance: Dép. de naissance (*code postal*) :

Adresse permanente:

Code postal : Ville :

Téléphones : mobile/...../...../...../..... fixe:/...../...../...../.....

Email :

TESTS DE SELECTIONS SUR RENDEZ VOUS A EFICIENCIA SAVOIE :
3, rue de la banque 73000 Chambéry.

VIE SCOLAIRE

Diplômes obtenus au cours de votre scolarité :

CAP BEP BAC LICENCE* MASTER* DOCTORAT* (* ou équivalent)

AUTRES (précisez) :

VIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle? OUI NON

Laquelle (principalement) ? :

Nombre d'années :

VIE SPORTIVE

Quelles activités liées à la musculation pratiquez-vous ? :

Haltérophilie Culturisme Force Athlétique Musculation sportive ou d'entretien

Faites-vous de la compétition (haltérophilie, culturisme ou force athlétique) ? Si oui, indiquez dans quelle pratique, et à quel niveau :

.....
.....
.....
.....

Quelles activités liées au fitness, pratiquez-vous ? :

Cours CHORÉGRAPHIÉS (LIA, STEP,...) Cours PRÉCHORÉGRAPHIÉS

Cours de renforcement musculaire (Gym, Bodysculpt, CAF,...)

Cours de relaxation (Stretching, Yoga, ...)

Pratiquez-vous d'autres activités sportives ?

.....
.....
.....
.....

PROJET PROFESSIONNEL

Pour quelles raisons, souhaitez-vous intégrer cette formation ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vérification des pièces à joindre à votre dossier d'inscription

- 1 PHOTO** d'identité collée en haut à droite du présent dossier d'inscription,
- Pour les **personnes de nationalité française**, copie recto-verso de la **CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ** ou **PASSEPORT**,
- Pour les **personnes de nationalité étrangère**, copie de la **CARTE de SEJOUR** (*ou son récépissé*) valide, accompagnée du **PASSEPORT**,
- 1 certificat médical, de **non contre-indication à la pratique des activités de la forme** (joint en dernière page), datant de moins d'un an (par rapport à la date des TEP).

Envoyez votre dossier d'inscription (et les pièces nécessaires) à l'adresse suivante :

FSSM - EFICIENCIA
19, Rue Aimé LEVET
74000 Annecy



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M.

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique des
« **ACTIVITES DE LA FORME** ».

Fait à,

le

Signature et cachet obligatoire :