C:\Users\Annick\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\logo sss(1).png

**Savoir Sport Santé**

15bis villa Ghis, 92400 Courbevoie

[savoirsportsante@gmail.com](mailto:savoirsportsante@gmail.com)

0662819833

**savoirsportsanté.fr**

SIRET n°79989900000019

Jeunesse et Sport n°92/S/775

Déclaration d’activité auprès

du Préfet d’Ile de France n°11922087392

Qualiopi n°808119 – Actions de formation

**Formation Sport-Santé Prescri’Forme**

**avec délivrance d’une attestation validée par**

**la DRAJES Ile de France**

**Fiche d’Inscription Formation Sport Santé Prescri’Forme 2024**

**Formation de 2 journées de 7h00** : **8h30 - 17h30 soit 14h00 de formation**

Diaporamas d’environ 40h mis à disposition 2 à 4 semaines avant la formation

**Formation les Lundis 4 et 18 Mars 2024**

2 journées à 15 jours d’intervalle 8h30 - 17h30

Lieu : 23 bd Koenig 92200 Neuilly sur Seine

Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Informations sur les participants

NOM : ……………………………………………. Prénom : ……………………………………………………………..…

Date de naissance : ………………………… Lieu de naissance : …………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

Code postal et Ville………………………………..………………………. Tel :……………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………………….……………………………………………………..…..

Diplôme(s) :………………………………………………………………………………………………………………………..…

Titulaire du PSC1 : oui date de mise à jour de moins de 2 ans………………………… non

*La formation est accessible aux personnes présentant un handicap, un contact est possible avec le médecin référent de la DRAJES.*

*Veuillez prendre contact avec nous à ce sujet, au 06 62 81 98 33 ou par mail à* [*savoirsportsante@gmail.com*](mailto:savoirsportsante@gmail.com) *(Annick Di Scala).*

Informations sur la structure

**Intitulé de la structure** : ……………………………………………………………………………………………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Mail :** ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal et Ville………………………………..………………………Tel :………………………………………………

Statut : bénévole : ………………Salarié : ……….……. Autre (précisez) : ……………………………………..

Intitulé du poste occupé : …………………………………………..Discipline : ……………………………………..

*Si l’un des participants est salarié de la structure, remplir le cadre ci-dessous :*

Je soussigné : ………………………………………………… En qualité : ……………………………………………………………..

Autorise Mr / Mme/ Mlle : …………………………………………………………………………Salarié(e) de la structure, à participer aux journées de formations organisées par Savoir Sport Santé.

Date Signature et cachet

**Tarif net de la Formation Continue (exonéré de TVA) : 560€ \***

*\*Possibilité de prise charge par les OPCO*

Si vous ne bénéficiez pas de la prise en charge intégrale de la formation, un tarif sera étudié au cas par cas, veuillez nous contacter au 0662819833.

**Prise en charge par les OPCO**

**Pièces à joindre au dossier**

**Copie du (des) diplôme(s) et du PSC1 de moins de 2 ans**

**La fiche d’inscription par mail à** [**savoirsportsante@gmail.com**](mailto:savoirsportsante@gmail.com) **ou par courrier à**

**Savoir Sport Santé, 15 bis villa Ghis, 92400 Courbevoie**

**Votre règlement doit être effectué, à l’inscription, par chèque à l’ordre de Savoir Sport Santé, 15 bis villa Ghis, 92400 Courbevoie, ou par virement\***

**Si vous avez une prise en charge par l’AFDAS (OPCO), votre notification de prise en charge** *(vous n’avancez pas les frais).*

*Si la formation ne peut être effectuée à cette date, une date ultérieure, à moins de 3 mois vous sera proposée.*

-----------------------------

*\* Possibilités de prise en charge par les OPCO, salariés de la branche du sport, salarisé au chômage partiel, dirigeants bénévoles des associations ayant des salariés, auto-entrepreneurs de la branche sport*

*\*Votre règlement doit être effectué au plus tard 21 jours avant la formation*

Toute annulation d’inscription devra être effectuée aux plus tard 15 jours avant le début de la formation, dans le cas contraire celle-ci sera due.

A réception de votre règlement et de ce bulletin d’inscription,

vous recevrez : une confirmation de votre inscription,

les documents et modalités pour votre prise en charge par l’OPCO dont vous dépendez,

Après validation de votre dossier,

vous recevrez vos codes d’accès aux diaporamas sur le site savoirsportsanté.fr

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données pour le traitement des demandes exprimées. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées exclusivement aux équipes de Savoir Sport Santé, et ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « informatique et libertés », du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous sollicitant par mail ([savoirsportsante@gmail.com](mailto:savoirsportsante@gmail.com)) ou via ce même formulaire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant à l’exception des mentions obligatoires relevant des dispositifs règlementaires de formation. (Veuillez cocher la case)

J'ACCEPTE EXPLICITEMENT L'UTILISATION DE MES COORDONNÉES POUR ME RECONTACTER À PROPOS DE MA DEMANDE EXPRIMÉE À TRAVERS CE FORMULAIRE. LES DONNÉES SERONT STOCKÉES LE TEMPS DE LEUR TRAITEMENT ET POUR UNE DURÉE MAXIMALE DE 3 ANS.

*Pour tous renseignements complémentaires,*

*veuillez nous contacter au 0662819833 ou à* [*savoirsportsante@gmail.com*](mailto:savoirsportsante@gmail.com)

Fait à : ………………………………… le : ……………………………… Signature :

**A réception de votre règlement par chèque établit à l’ordre de *Savoir Sport Santé***

**et de ce bulletin d’inscription**

**A envoyer à Savoir Sport Santé, 15 bis villa Ghis, 92400 Courbevoie**

**Une facture vous sera envoyée,**

**Ainsi que vos codes d’accès privé, permettant de visionner toutes les conférences**

**et de pouvoir consulter les pdf, depuis votre ordinateur.**