



# TEP APSF INSCRIPTION

PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ OBLIGATOIRE  
À JOINDRE EN PLUS DE CE DOCUMENT COMPLÉTÉ

TOUT DOSSIER  
INCOMPLET NE  
SERA PAS TRAITÉ

A DÉPOSER AUX HORAIRES D'OUVERTURE DU SECRÉTARIAT :  
8 RUE SOUFFLOT - 89000 AUXERRE OU PAR MAIL [CONTACT@FS89.FR](mailto:CONTACT@FS89.FR)

## INFORMATIONS CANDIDAT

NOM PRÉNOM

SEXE

- ☐ Féminin  
☐ Masculin

AGE

DATE DE  
NAISSANCE

VILLE DE  
NAISSANCE

DÉPARTEMENT

RQTH\*

OUI

☐

si oui fournir l'avis du médecin agréé par la F.F.H. ou F.F.S.A.

NON

☐

\*RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE MAIL

Informations représentant légal (*si candidat mineur*)

NOM PRÉNOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE)

VILLE

CODE POSTAL

ADRESSE MAIL

## FRAIS D'INSCRIPTION

TEP (MAPST) : 75€

PAYÉ LE :

EN CAS D'ALLÈGEMENT: 35 € (FOURNIR LA PREUVE EN PLUS DU DOSSIER)

DATE & SIGNATURE DU CANDIDAT

Règlement par **chèque** ou **virement (avec preuve)** 10 jours avant  
la date de vos tests.

Le non versement des droits d'inscription ne permettra pas de  
participer aux épreuves de sélection.

**Aucun remboursement ne sera effectué en cas de désistement ou  
absence aux épreuves.**





# TEP APSF INSCRIPTION

PHOTOCOPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ OBLIGATOIRE  
À JOINDRE EN PLUS DE CE DOCUMENT COMPLÉTÉ

TOUT DOSSIER  
INCOMPLET NE  
SERA PAS TRAITÉ

## INDICATION, À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT D'ÉDUCATEUR SPORTIF - (Article A.212-178 du code du sport)

Je soussigné(e), Dr..... certifie avoir  
examiné Mme ou M .....qui  
ne présente pas ce jour de contre-indication cliniquement  
apparente à la pratique et à l'encadrement des activités  
physiques ou sportives.

Date : ...../...../.....

Nom :

Prénom :

Qualification(s) :

Adresse :

Téléphone :

N°ADELI :

Signature