



TEP MAPST 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

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)

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.**

DATE & SIGNATURE DU CANDIDAT





TEP MAPST 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 Mqui
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