

Formation « Activités Physiques et Sportives (APS) sur prescription médicale »



Nom :

Numéro de carte professionnelle :

Prénom :

.....

Confirmation des sessions choisies

Module 1 : Prescrire l'Activité Physique

Volume horaire : 7h

- 12 janvier – Toulouse
- 26 janvier – Montpellier
- 2 février – Auch
- 9 mars – Carcassonne

Module 2 : Encadrer l'AP prescrite par le médecin

Volume horaire : 7h

- 13 janvier – Toulouse
- 27 janvier – Montpellier
- 3 février – Auch
- 10 mars – Carcassonne

Module 3 : Approfondir la prescription et sa mise en œuvre

Volume horaire : 2 x 3h

- 10 avril (soirée) : APS et Pathologies Métaboliques (Toulouse)
- 15 mai (soirée) : APS et Cancers (Toulouse)
- 9 juin (matinée) : APS et Pathologies liées au vieillissement (Montpellier)
- 23 juin (matinée) : APS et pathologies rhumatologiques (Toulouse)

Privilégier l'inscription aux modules 1 et 2 sur deux dates consécutives

Type d'inscription

- Encadrants sportifs salariés – Inscription via l'OPCA = 500 €
- Encadrants sportifs salariés – Inscription via l'employeur = 200 €
- Encadrants sportifs bénévoles ou chômeurs = 100 €

En cas de financement par l'employeur ou par l'OPCA, une convention de formation peut être réalisée. Pour en faire la demande, merci de cocher cette case

Modalités de paiement

Facture sur demande. Règlement par virement bancaire (FR76 1780 7000 1705 3191 6568 119) en indiquant la référence de la facture et/ou le nom du stagiaire ou par chèque (encaissé après la formation).

Structure d'exercice n°1 :

.....

Fédération d'affiliation :

Activités proposées :

.....

Lieu de pratique :

Nom du responsable :

Tél. :

Mail :

.....

Structure d'exercice n°2 :

.....

Fédération d'affiliation :

Activités proposées :

.....

Lieu de pratique :

Nom du responsable :

Tél. :

Mail :

.....

Structure d'exercice n°3 :

.....

Fédération d'affiliation :

Activités proposées :

.....

Lieu de pratique :

Nom du responsable :

Tél. :

Mail :

.....

Structure d'exercice n°4 :

.....

Fédération d'affiliation :

Activités proposées :

.....

Lieu de pratique :

Nom du responsable :

Tél. :

Mail :

.....

A transmettre à

Ludivine RUFFEL / 05 82 08 52 88 / ludivine.ruffel@efformip.fr

