



## DOSSIER D'INSCRIPTION

MAJ 2025

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE**

## INFORMATIONS

### SESSION DE FORMATION :

#### **- Formation "Sport santé : Adapter sa pratique au vieillissement et aux pathologies associées"**

- 26 et 27 février 2026

#### **- Formation "Sport santé : Adapter sa pratique à un public en situation de d'obésité"**

- 13 et 14 avril 2026

LIEU DE FORMATION : 44 rue Romain Rolland, 44100 NANTES

TARIF : 580

Financement personnel ou OPCO

MODALITÉS DE FORMATION : Présentiel

### DOCUMENTS A FOURNIR :

- Document « Fiche de renseignement »
- Document « personne à contacter »
- Document « Droit à l'image »
- Document « Logistique »

# VIVRE LE SPORT AUTREMENT

## VIVRE LE SPORT AUTREMENT

### VIVRE LE SPORT AUTREMENT

Je m'inscris à la formation

- Formation "Sport santé : Adapter sa pratique au vieillissement et aux pathologies associées"
- Formation "Sport santé : Adapter sa pratique à un public en situation de d'obésité"

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Type de financement de votre formation :

- Personnel
- Employeur :
  - Raison sociale :
  - Mail interlocuteur :
  - N° de téléphone interlocuteur :

Déclaration : En soumettant ce formulaire, je confirme que toutes les informations fournies sont véridiques et exactes. Je consens à ce que ces informations soient utilisées aux fins d'inscription à la formation susmentionnée.

Signature :

Date :

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE**

## PERSONNE A CONTACTER

### Stagiaire

Nom :

Prénom :

Formation suivie :

### Personne à contacter 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

### Personne à contacter 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE**

## DROIT A L'IMAGE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Je soussigné(e) M., Mme .....

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et du droit au nom, j'autorise les membres de l'équipe de formation dirigée par UFOLEP Pays de la Loire à prendre des photos et des vidéos et à exploiter, sans contrepartie, mes images dans le cadre de ses activités. Les photographies et vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par l'organisme de formation, sous toutes formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, et ce, intégralement ou par extraits et notamment sur les supports suivants : catalogue, brochure et tous documents imprimés, papeterie, affiche, affichette, objets publicitaires, publicité en tous lieux.

Cette utilisation couvre également la publicité sur les lieux de vente et l'exploitation sous forme de vidéogrammes (CD-Rom, DVD), exploitation par tous modes de communication électronique et notamment Internet par le site du Club et les réseaux sociaux.

Ce droit d'utilisation est consenti à titre gracieux dans les conditions précitées et pour une durée de dix ans à partir de la signature de la présente, durée renouvelable par tacite reconduction. Pendant la période précitée, les parties s'engagent à s'informer mutuellement de tout changement de coordonnées.

A .....

Le .....

Signature du stagiaire Précédée de la mention « lu et approuvé »

**ufolep**  
TOUS LES SPORTS AUTREMENT

Fédération sportive de  
**la ligue de  
l'enseignement**  
un avenir par l'éducation populaire

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE LE SPORT AUTREMENT**

**VIVRE**

## Document logistique

- Repas :

Avez-vous des contre-indications alimentaires ?

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

- Logement :

Avez-vous besoin d'un logement sur place ?

- Oui
- Non

- Adaptation pédagogique

Êtes-vous reconnu RQTH ?

- Oui
- Non

Avez-vous besoin d'aménagement de formation ?

- Oui
- Non

Si oui, merci de prendre contact avec la personne référence handicap :

[laura.jaffre@ufoleppdl.org](mailto:laura.jaffre@ufoleppdl.org)