

CENTRE de FORMATION SAINT-FRANÇOIS-DE-SALES

Établissement Catholique d'Enseignement associé à l'État par contrat

100 rue Labillardière - BP 217 - 61007 ALENÇON CEDEX

☎ 02 33 82 43 00

Site Internet : www.sfsales.fr

E-mail : adm@sfsales.fr



DOSSIER D'INSCRIPTION 2018-2019

Préparation aux Concours

- Gendarmerie Nationale**
- Gardien de la Paix**

Nous vous remercions de remplir avec une grande précision ce document.

NOM du candidat : Prénom :



Pièces à fournir obligatoirement pour le 31/8/2018

	Cadre réservé à l'administration
Dossier d'inscription complet	
2 photos d'identité (format 4cm x5cm) dont une à coller sur la 1 ^{ère} page du dossier	
Copie de la carte de nationalité d'identité recto/verso ou passeport	
Certificat médical (document ci-joint à compléter impérativement) de non contre-indication à la pratique sportive	
Copie de la carte vitale	
Une attestation d'assurance de responsabilité civile (faisant apparaître vos noms/prénoms)	
Votre C.V et votre lettre de motivation pour intégrer la formation	
Copie des diplômes	

État civil

→ Cocher les cases correspondantes ☒.

NOM : **1er Prénom** :

Autres prénoms :(dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance : **Sexe** : Masculin Féminin

Lieu de naissance : **N° Département de naissance** :

Nationalité :

Téléphone fixe (obligatoire) : **portable** :

Adresse e-mail (obligatoire) :

N° Sécurité Sociale :

Votre domicile	Adresse :

	Code postal : Ville :

Situation civile :

- Mariés Pacsé(e) Vie Maritale Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire
 Séparés

Diplôme le plus élevé obtenu :

- aucun diplôme BAC
 BEP – CAP DEUG, DUT, BTS.....
 Autre :

Boursier national : oui non Nombre de parts : [..]

Régime souhaité : Externe Demi-pensionnaire Interne

Pour les demi-pensionnaires, jours des repas pris : Lundi - Mardi - Jeudi - Vendredi
 Mercredi

Situation socio - professionnelle

→ Cocher les cases correspondantes ☒.

Vous êtes demandeur d'emploi

- Inscrit au Pôle Emploi Oui Non
 Bénéficiaire du RSA Oui Non

Situation auprès de Pôle Emploi

Bénéficiez-vous de l'allocation chômage Oui Non

Date de fin de droits :

Vous êtes salarié(e)

Profession exacte :

Société ou Employeur :

Adresse de l'employeur :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Nom et Qualité du responsable :

Type de contrat :

Date de début : Date de fin :

Autre situation :

- Etudiant En congé parental Travailleur indépendant Autre

Droit à l'image

Je soussigné(e) autorise l'établissement dans le cadre exclusif des activités pédagogiques à filmer, à photographier les étudiants et à reproduire, diffuser et publier son image dans les journaux du centre de formation, site internet, intranet et supports nécessaires pour faire connaître l'établissement. Les données mises en ligne seront protégées et sécurisées.

Date :

Signature du candidat

Financement de la formation

COUT DE LA FORMATION : 1990 euros

Période de formation : 10 septembre 2018 au 6 mars 2019

- **Vous effectuez la formation dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation**

Oui Non

➤ Joindre impérativement la copie de votre dossier de demande de prise en charge auprès du FONGECIF ou autre

- **Un organisme (club, fédération, association...) prend en charge tout ou partie des frais pédagogiques de la formation**

Oui Non

➤ Joindre impérativement une attestation de prise en charge avec cachet et signature du responsable de l'organisme

- **Vous prenez en charge la totalité des frais pédagogiques de la formation**

Oui Non

☞ **Agrafez votre chèque d'inscription de 100 € qui viendra en déduction de la facture (à l'ordre de l'OGEC Saint-François de Sales ALENCON) en bas de la page. Merci.**

Éléments de suivi financier	CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
Dossier reçu le :	
Avance réglée le :	
<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque bancaire <input type="checkbox"/> Virement bancaire	
<input type="checkbox"/> Solde paiement en 1 fois (date d'encaissement)	
<input type="checkbox"/> Solde paiement en 3 fois (date d'encaissement)	
<input type="checkbox"/> Solde paiement en 6 fois (date d'encaissement)	

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)déclare sur l'honneur que :

- J'ai pris connaissance des conditions d'inscription liées à la formation
- Les renseignements fournis dans mon dossier d'inscription sont sincères et véritables. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal)

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

N° de tél :

Lien de Parenté éventuel :

Fait le :

Signature du candidat :

Certificat médical

Indispensable pour tout(e) candidat(e) à la PRÉPA

Je soussigné(e)Docteur en médecine, certifie avoir
examiné ce jour M / Mme

Et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun signe apparent paraissant contre indiquer la
pratique et l'enseignement des activités de remise en forme en musculation et en fitness.

Nb : Au regard des exigences de la formation, le candidat doit répondre aux critères médicaux
suivants :

- Bon état du système cardio-respiratoire
- Bon état de la colonne vertébrale
- Bon état des articulations ne présentant pas de caractéristiques pénalisant un travail de force,
de souplesse et d'amplitude.

Fait à

Le/...../.....

Cachet du Médecin

Signature du Médecin