

## 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

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

#### 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)

### 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

