

FICHE D'INSCRIPTION au RENOUELEMENT
d'une CERTIFICATION FÉDÉRALE saison 2023/2024

ASSISTANT CLUB vers ASSISTANT PROFESSEUR

NOM : PRÉNOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél fixe : Tél Mobile :

Adresse mail (lisible) :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Club : Département :

Grade : N° de licence :

** La réglementation fédérale assimile la certification obtenue au club dont le président en avait fait la demande. Le titulaire est donc autorisé à enseigner uniquement dans cette association. En cas de changement de club, une demande exceptionnelle de dérogation à cette règle devra être réalisée de la part du club d'origine et du nouveau club d'accueil souhaitant l'intervention d'enseignement du titulaire de la certification. Cette demande doit être faite auprès du DTR (ligue@occitanie-ffjudo.com).*

Signature

PROFESSEUR présentant le stagiaire

NOM : PRENOM :

Adresse mail :

Diplôme : *CQP, BE, BP, DE, DES* N° de diplôme :

Signature

PRESIDENT de l'association

NOM : PRENOM :

J'ai pris connaissance de l'annexe sur les formations dans les textes officiels de France JUDO diffusée en début de saison et envoyée à mon association.

Signature et cachet du Club

**Modalités de renouvellement et d'évolution vers la certification
D'ASSISTANT PROFESSEUR
SAISON 2023 / 2024**

10 heures de renouvellement à réaliser sur les temps de formation départementaux et ou régionaux = obtention de la certification d'Assistant Professeur pour la saison 2024/2025.

**Liste des pièces à joindre à votre fiche d'inscription
SAISON 2023 / 2024**

- Fiche d'inscription dûment renseignée
- Paiement du renouvellement = 30€
Chèque à l'ordre de la Ligue Occitanie
Les factures seront éditées au nom figurant sur le chèque.
- Certificat médical apte à la pratique *et à l'enseignement du judo jujitsu*
(voir fiche ci-jointe)

DOSSIER à RETOURNER avant le 15 novembre 2023

**Ligue Occitanie de Judo
Chemin Cassaing
31500 TOULOUSE**

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en considération

CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Je soussigné(e), Docteur _____

demeurant _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ

M _____ né(e) le [____][____][____]

demeurant : _____

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique et à l'enseignement **du JUDO JUJITSU**.

Observations éventuelles : _____

Fait à : _____ Le _____

[Signature et cachet du médecin :](#)