

ENTRAINEUR - NOM et Prénom :

téléphone :

Qualification :

Aucune Animateur Initiateur EJ ER P1 CQP P2 CQP CQP complet BEES1
 DEJPS BEES2/DESJEPS

ENTRAINEMENT

Date prévue de reprise :

Nombre de séances hebdomadaires prévues :

Participation et classement dans le championnat régional de la saison précédente :

- **Dans la catégorie ou l'équipe souhaite être engagée**

Engagement région 2016/2017 oui non

Classement obtenu :

- **Dans la catégorie inférieure à la catégorie ou l'équipe souhaite être engagée**

Engagement région 2016/2017 oui non

Classement obtenu :

Organisation de plateaux :

Je suis intéressé pour accueillir un plateau :

Le 16 septembre 2017 oui non

Compter une plage horaire de 5 heures

Le 30 septembre 2017 oui non (éventuellement si mon équipe joue)

Compter une plage horaire de 6 heures 30

NOM ET PRÉNOM D'UN ARBITRE DU CLUB (niveau départemental au minimum) DEVANT OFFICIER sur les 2 WE de qualifications régionales :

NOM ET PRÉNOM D'UN OTM DU CLUB DEVANT OFFICIER sur les 2 WE de qualifications régionales :

NOM DU PRÉSIDENT DU CLUB

Signature, téléphone et tampon

CADRE RÉSERVÉ AU CCR

Dossier arrivé le :

Validation ETR :

Validation Elu :

Paielement :

Tout refus sera motivé au club