

FORMATION MODULE DE SENSIBILISATION « ANIMATRICE FEDERALE »



LIGUE DE FOOTBALL DE NORMANDIE

IRFF (Institut régional de formation du football)

19 Rue Paul Doumer – 14100 Lisieux

Contact: Mme Béatrice RICHARD (ligue)

Tél: 02.76.86.21.03

Email: brichard@normandie.fff.fr

RENSEIGNEMENTS AUPRES DE :

□ NOM - Prénom : Isabelle CLEMENTE PACHECO

Tél: 06 09 95 44 03

Email: iclemente@normandie.fff.fr

DATE ET LIEU:

□ Date et horaires :

□ Lieu:

PUBLIC CONCERNE:

Public prioritaire*: les femmes

- Non licenciée
- Licenciée de la Fédération Française de Football *ouvert aux hommes

DESCRIPTIF:

Le module va permettre :

- d'appréhender l'environnement du football (féminin), les publics, les fonctions au sein du club autour de la pratique des jeunes.
- de participer à la vie du club et à l'encadrement de la pratique des jeunes.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES:

Cette formation ne nécessite pas la possession au préalable d'un autre diplôme de football.

- · Pas besoin de certificat médical pour s'inscrire.
- · Pas de certification sur le temps du module (pas d'examen)

CONDITIONS D'INSCRIPTIONS:

- Etre âgé de 16 ans et plus
- Envoyer votre dossier de candidature qui comprendra :
 - o la fiche de renseignements (ci-jointe) dûment complétée
 - Autorisation parentale pour les mineurs



FICHE DE CANDIDATURE « MODULE ANIMATRICE FEDERALE »



Date du stage :	
Licenciée : OUI ou NON	
N°LICENCE:	Club :
NOM :	Prénom :
Date de Naissance :	Lieu :
Adresse complète :	
Code Postale :	Ville :
	Tél :
Mail:	Profession
EXPERIENCE ANTI	ECEDENTE DANS LE MILIEU ASSOCIATIF ET OU SPORTIF :
	Fait àLe :
	Signature:

Le dossier est à renvoyer à Ligue par courrier ou par e-mail à l'adresse suivante : <u>brichard@normandie.fff.fr</u>

Seuls les dossiers COMPLETS seront acceptés.





AUTORISATION PARENTALE

STAGE « MODULE ANIMATRICE FEDERALE »

Je soussigné(e)	M. ou Mme		
•			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		ou	
Club d'apparten	ance :		
Autorise ma fille	e mon fils :		
Né le :			
à participer au s Football de Nor	_	« Animatrice Fédérale » organisé par l	'Institut de Formation du
	Date :	Horaire : de à	
		Lieu :	
	à prévenir en cas d	d'urgence :	
		ou	
relephone :	••••••		
•		Responsable à pratiquer ou à faire pr donner les soins nécessaires.	atiquer toute intervention
		Fait à	, le
		SIGNATURE DES PARE	NTS