



DEMANDE D'ADMISSION

Prise en charge d'une personne atteinte de maladie chronique
au sein d'une structure sportive

A retourner à Amélie Berthe

E-mail : Developpement@cros-lr.fr

Données personnelles

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse Personnelle :

Code Postal : Ville :

Tél :

Courriel :

Diplôme(s) obtenu(s) :

Données professionnelles

Association(s) dans laquelle vous intervenez ?

Quel (s) public (s) accueillez-vous ?

Personnes atteintes de maladie chronique:

Personnes sédentaires avançant en âge :

Seniors en établissements :

Personnes présentant un handicap physique :

Personnes présentant un handicap psychique ou mental :

Autre(s) :

Quel est votre projet en lien avec la formation sur les maladies chroniques ?

A :

le :