

Commission Nationale de Formation



C.S. / CR :

C.B.D.

Club Sportif

A.S.

NOM.....Prénom.....Date de naissance.....

Adresse.....

.....

e-mail.....Tél. portable :.....

Responsabilités associatives :.....

Quelles sont vos attentes de ce module ?

.....
.....
.....

Signature du candidat

Avis du Président CBD / CS / CR

Fiche d'inscription à retourner

AVANT LE 15 JUIN 2016

à dtm@ffsb.fr

ou FFSB, 63 rue Anatole France 69100 Villeurbanne