|  |  |
| --- | --- |
| LOGO OK ss trads FOND BLANC_RVB[1] | ATELIERS THERAPEUTIQUES ESCRIMEFiche de renseignements Maîtres d’armes*Merci de saisir toutes les informations en MAJUSCULES* |
| Vous sollicitez votre inscription à la formation atelier thérapeutique escrime de l’association SVS.Nous vous remercions de remplir cette fiche et d’adresser un dossier complet, en une fois sur le mail guerinviolaine@gmail.comavec l’intitulé suivant en objet : FORMATION ATELIER ESCRIME-NOM PrénomLes documents doivent être intitulés NOM-Prénom-Nature du documentSeuls les dossiers complets et conformes seront examinésATTENTION : suivre la formation n’est pas synonyme de validation de la formationIl est important de réaliser que les patients s’adressant à l’association le font pour entrer en soins selon les protocoles préconisés par l’association (protocoles pour les personnes victimes ou pour les personnes auteures d’agressions sexuelles). Intégrer une équipe thérapeutique SVS signifie que vous vous engagez à répondre à l’attente des patients que vous rencontrerez et que vous suivrez scrupuleusement les protocoles de soins.**Toute modification des informations suivantes doit être notifiée en temps réel sur le mail de l’association.** |
| Vous postulez à | 🞏 Formation initiale 🞏 Formation continue |
| Participant/e | 🞏 Madame 🞏 Monsieur |
| NOM |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| E-mail |  |
| Profession autre ? |  |
| Club : Nom et adresse | --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville ---------------------------------------------- |
| **PRE-REQUIS** |
| Formation SVS « les bases de la connaissance en matière de violence sexuelle » | Ville : Date : |
| Pièces à fournir au format numérique | 🞏 Carte professionnelle | 🞏 Photo portait🞏 Attestation « bases » | 🞏 Extrait de casier judiciaire |
| Si vous avez suivi d’autres formations SVS, merci de les lister : intitulé de la formation, ville, date |
|  |  |
| Avez-vous validé la formation sport santé ?  |
|  | 🞏 Non 🞏 Oui Si oui : date |\_|\_| |\_|\_||\_|\_| |
| J’ai lu le formulaire SVS intitulé « Note d’information à destination des soignants du maillage thérapeutique SVS recevant des personnes victimes de violences sexuelles»  |
| 🞏 Oui 🞏 Non |

J’atteste sur l’honneur que ces informations sont exactes et que je n’ai fait l’objet d’aucune condamnation pénale en matière de crime ou de délit.

À---------------------------------------------- , le |\_|\_| |\_|\_||\_|\_|

**Signature**

Règlement par CB en ligne :
<https://asso.stopauxviolencessexuelles.com/collect/description/236789-l-formation-ateliers-escrime-01-02-03-juillet-2022>
ou chèque à adresser à SVS – Jürgen KURZ, Trésorier SVS – 4 rue des Petits Prés – 78810 Feucherolles