



ÉTAT CIVIL

☐ Madame ☐ Monsieur

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Licencié(e) Oui ☐ Non ☐ Club :

N° de carte professionnelle :(merci d'adresser la copie)

N° SS :

SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Précisez votre situation actuelle :

☐ J'exerce une activité professionnelle

☐ Je bénéficie d'un contrat d'insertion en alternance

☐ Je suis demandeur(se) d'emploi

☐ Je suis étudiant(e)

☐ Je n'ai aucun statut particulier

VOUS ÊTES SALARIÉ(E)

① Quelle est votre profession ?

② Quel est votre statut ?

☐ Travailleur(se) indépendant(e)

☐ Intérimaire

☐ Salarié(e) du secteur privé

☐ Salarié(e) du secteur public

Si vous êtes salarié(e) du secteur privé, précisez le type de contrat et le temps de travail :

☐ CDI

☐ CDD

☐ Travail à temps plein

☐ Travail à temps partiel

③ Indiquez ci-dessous les coordonnées de votre employeur en cas de prise en charge de la formation par celui-ci :

Nom de votre employeur :

N° SIRET de votre employeur :

Adresse de votre employeur :

Code postal : Ville : Téléphone :

PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE ASSURÉE PAR :

☐ Action collective

COÛT DE LA FORMATION : Gratuite - Action collective *(Incluant les coûts pédagogiques)*
(Hébergement et/ou restauration à charge du stagiaire).

A Le

Signature

Fiche d'inscription à remplir et à retourner par mail à
formationsbfc@fft.fr

A retourner avant le 10/03/2026

Mise à jour février 2026