

**Commission Nationale de Formation**



Ligue :

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 2017*

*à [dtm@ffsb.fr](mailto:dtm@ffsb.fr)*

*ou FFSB, 63 rue Anatole France 69100 Villeurbanne*