

Fiche information

Document à remplir par le futur bénéficiaire de la formation AE que le EquiSèvres propose :

A renvoyer à l'adresse mail suivante : equicampusniort@outlook.com

Identité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

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

Tel : **Email :**

Situation professionnelle actuelle :

- ☐ Salarié (e)
- ☐ Auto-entrepreneur(euse)
- ☐ En formation
- ☐ Sans emploi

Autre :

Parcours scolaire :

.....
.....

Situation médicale :

Avez-vous un **handicap** connu ? (troubles des apprentissages : troubles dys, troubles neuro-atypiques : TDAH, TSA, troubles moteurs, troubles sensoriels etc...) :

☐ **NON**☐ **OUI**

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

.....

.....

Votre handicap est-il reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées de votre département ?

.....

.....

.....

Êtes-vous dans une situation de maladie / pathologie chronique ?

☐ **NON**☐ **OUI**

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....

.....

.....

Avez-vous d'autres conditions de santé nécessitant une adaptation de votre formation ?

☐ **NON**

Si oui, le(s)quel(s) ?

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

Niveau Equestre :

- ☐ Galop
- ☐ Autres diplômes fédéraux (galops de compétition, de spécialité, certificats).....
- ☐ Diplômes d'états :

Sorties en compétition :

- - Disciplines :
- - Niveau :
- - Années :

Projet professionnel :

- ☐ A court terme :
- ☐ A long terme :
- ☐ Quels sont vos besoins ?
- ☐ Quels sont vos attentes vis-à-vis de la formation que vous souhaitez réaliser ?

☐ **J'autorise le EquiSèvres à conserver mes données personnelles transmises via ce formulaire. Aucune exploitation commerciale ne sera faite des données concernées, elles restent confidentielles. Pour plus d'informations contactez-nous.**