

CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)

DECLARATION DE FORMATION CQP ALS

Comité Ufolep :

Option(s) du CQP :

Dates de la session de formation : du...../...../..... Au/...../.....

Lieu(x) de la formation

POSITIONNEMENT

Date :	Nombres d'heures :
Lieu :	
Date :	Nombres d'heures :
Lieu :	
Date :	Nombres d'heures :
Lieu :	

FORMATION EN CENTRE

SUITE(S) LIEE(S) A CETTE DEMARCHE :			
Temps n°.....	Du.....	Au.....	Soitjours
Lieu :			
Nombre d'heures par jour :		Nombre d'heures par module :	
Temps n°.....	Du.....	Au.....	Soitjours
Lieu :			
Nombre d'heures par jour :		Nombre d'heures par module :	
Temps n°.....	Du.....	Au.....	Soitjours
Lieu :			
Nombre d'heures par jour :		Nombre d'heures par module :	
Temps n°.....	Du.....	Au.....	Soitjours
Lieu :			
Nombre d'heures par jour :		Nombre d'heures par module :	
SOIT HEURES, SUR..... MODULES DE..... JOURS.			

MODALITES DE SUIVI DU STAGIAIRE

Stagiaire placé auprès d'un animateur/référent d'accueil

Stagiaire placé auprès d'un tuteur

Visite(s) de stage : OUI NON

Nombre de visite(s) par stagiaire :

Visite(s) réalisée(s) par : Directeur(trice) de formation Formateur(trice)

Autre(s). Précisez :

EVALUATION

Evaluation, période du : Au :

Lieu :

Dans les structures d'alternance

Tous les candidats sur un même site

Rattrapage, période du : Au :

Lieu :

Dans les structures d'alternance

Tous les candidats sur un même site

ENCADREMENT

Directeur(trice) de stage : Qualification :

Equipe pédagogique. Noms, qualifications et nombre d'heures de face à face pédagogique :

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

Intervenant extérieur : Qualification :

Intervenant extérieur : Qualification :

COUT DE LA FORMATION

Frais pédagogiques (TTC) : €

Frais administratifs (TTC) : €

Fait le :/...../.....

A

Cachet du Comité
Formation

Signature du Directeur(trice)