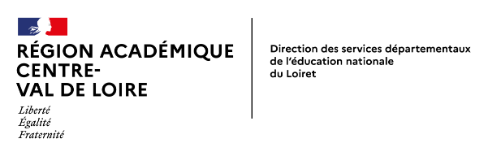
**ANNEXE 9**

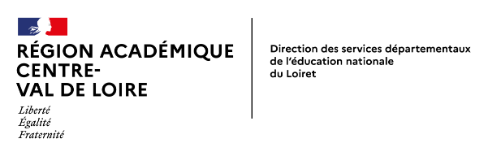
**ATTESTATION DE COMPLÉTUDE DU DOSSIER D’INSCRIPTION INDIVIDUELLE**

**(POUR CHAQUE CANDIDAT)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM DE L’ORGANISME DE FORMATION : | | |  | | | |
| ADRESSE : | | |  | | | |
| NUMÉRO D’HABILITATION : | | |  | | | |
| DATE DE DÉBUT DE L’HABILITATION : | | |  | | | |
| POUR LE DIPLÔME : | | |  | | | |
| POUR LA SPECIALITÉ : | | |  | | | |
| POUR LA MENTION : | | |  | | | |
| DATES DE LA SESSION : | | DU : |  | | AU : |  |
| NOM ET PRENOM DU CANDIDAT : | | |  | | | |
| NÉ(E) LE : |  | | À : |  | | |

**Je, soussigné, atteste que le dossier comporte les pièces suivantes prévues à l’article A 212-36 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTE DES PIECES** | | | **A COCHER** |
| Fiche d’inscription avec photographie. | | |  |
| La photocopie d’une pièce d’identité recto-verso en cours de validité | | |  |
| Les copies de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté. | | |  |
| La ou les attestations justifiant de la satisfaction aux exigences préalables fixées par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention du diplôme, ou du certificat complémentaire visé. | | |  |
| Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit. | | |  |
| Pour une inscription à un certificat complémentaire, la photocopie du diplôme autorisant l'inscription en formation ou une attestation d'inscription à la formation conduisant à ce diplôme. | | |  |
| Le certificat médical de non contre-indication à la pratique datant de moins d’un an à la date de l’entrée en formation | | |  |
| L’attestation de formation relative au secourisme. PIECE N°3 : …………………………………………. (préciser) | | |  |
| La ou les autres pièces prévues par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention, ou du certificat complémentaire visé. PIECE N°4 : ………………………………………………………………. (préciser) | | |  |
| Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la FFH ou par la FFSA ou désigné par la CDAPH sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée. | | |  |
| Date | Signature de l’organisme de formation | Qualité du signataire | |

****

**ANNEXE 9-BIS**

**ATTESTATION DE COMPLÉTUDE DU DOSSIER D’INSCRIPTION POUR L’ENSEMBLE DES CANDIDATS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM DE L’ORGANISME DE FORMATION : | |  | | |
| ADRESSE : | |  | | |
| NUMÉRO D’HABILITATION : | |  | | |
| DATE DE DÉBUT DE L’HABILITATION : | |  | | |
| POUR LE DIPLÔME : | |  | | |
| POUR LA SPECIALITÉ : | |  | | |
| POUR LA MENTION : | |  | | |
| DATES DE LA SESSION : | DU : |  | AU : |  |

**Je soussigné, atteste que les dossiers des candidats mentionnés en page suivante comportent les pièces suivantes prévues à l’article A 212-36 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTE DES PIECES** | | | **A COCHER** |
| Fiche d’inscription avec photographie. | | |  |
| La photocopie d’une pièce d’identité recto-verso en cours de validité | | |  |
| Les copies de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté. | | |  |
| La ou les attestations justifiant de la satisfaction aux exigences préalables fixées par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention du diplôme, ou du certificat complémentaire visé. | | |  |
| Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit. | | |  |
| Pour une inscription à un certificat complémentaire, la photocopie du diplôme autorisant l'inscription en formation ou une attestation d'inscription à la formation conduisant à ce diplôme. | | |  |
| Le certificat médical de non contre-indication à la pratique datant de moins d’un an à la date de l’entrée en formation | | |  |
| L’attestation de formation relative au secourisme. PIECE N°3 : …………………………………………. (préciser) | | |  |
| La ou les autres pièces prévues par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention, ou du certificat complémentaire visé. PIECE N°4 : ………………………………………………………………. (préciser) | | |  |
| Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la FFH ou par la FFSA ou désigné par la CDAPH sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée. | | |  |
| Date | Signature de l’organisme de formation | Qualité du signataire | |

|  |
| --- |
| ***LISTE DES CANDIDATS A RENSEIGNER CI-DESSOUS*** |

**LISTE DES CANDIDATS CONCERNÉS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOM (famille et usage) ET PRENOM** | | **DATE DE NAISSANCE** | | **VILLE DE NAISSANCE** |
| **1** |  | |  | |  |
| **2** |  | |  | |  |
| **3** |  | |  | |  |
| **4** |  | |  | |  |
| **5** |  | |  | |  |
| **6** |  | |  | |  |
| **7** |  | |  | |  |
| **8** |  | |  | |  |
| **9** |  | |  | |  |
| **10** |  | |  | |  |
| **11** |  | |  | |  |
| **12** |  | |  | |  |
| **13** |  | |  | |  |
| **14** |  | |  | |  |
| **15** |  | |  | |  |
| **16** |  | |  | |  |
| **17** |  | |  | |  |
| **18** |  | |  | |  |
| **19** |  | |  | |  |
| **20** |  | |  | |  |
| **21** |  | |  | |  |
| **22** |  | |  | |  |
| **23** |  | |  | |  |
| **24** |  | |  | |  |
| **25** |  | |  | |  |
| **26** |  | |  | |  |
| **27** |  | |  | |  |
| **28** |  | |  | |  |
| **29** |  | |  | |  |
| **30** |  | |  | |  |
| Date | | Signature de l’organisme de formation | | Qualité du signataire | |