

RECERTIFICATION / FORMATION



Note ! L'inscription reste conditionnelle et soumise à la vérification des conditions requises (cf. Règlement intérieur des officiels d'arbitrage en vigueur).
Ne remplir qu'une seule fiche par candidat et par type de formation.

Nom	
Prénom	
Adresse Postale	
Code Postal	
Ville	
Téléphone Fixe	
Téléphone Portable	
Courriel	
N° licence	
Club d'affiliation	
Ligue	

DISCIPLINE	<input type="checkbox"/> Ballet sur Glace	<input type="checkbox"/> Danse sur Glace	<input type="checkbox"/> Patinage Artistique	<input type="checkbox"/> Patinage Synchronisé
	<input type="checkbox"/> Bobsleigh	<input type="checkbox"/> Skeleton	<input type="checkbox"/> Short Track	<input type="checkbox"/> Patinage de Vitesse
	<input type="checkbox"/> Curling	<input type="checkbox"/> Luge	<input type="checkbox"/> Sports Extrêmes	

FORMATION	DISCIPLINES D'EXPRESSION	SHORT TRACK/VITESSE
	<input type="checkbox"/> Juge-Arbitre	<input type="checkbox"/> Arbitre
	<input type="checkbox"/> Juge	<input type="checkbox"/> Coordinateur de Course
	<input type="checkbox"/> Contrôleur	<input type="checkbox"/> Starter
	<input type="checkbox"/> Contrôleur Couple	
	<input type="checkbox"/> Spécialiste	BOBSLEIGH/LUGE/SKELETON
	<input type="checkbox"/> Spécialiste Couple	<input type="checkbox"/> Juge
	<input type="checkbox"/> Opérateur de Données et Vidéo	
		CURLING
		<input type="checkbox"/> Chef-Arbitre
	<input type="checkbox"/> Arbitre	
	SPORTS EXTRÊMES	
	<input type="checkbox"/> Juge-Arbitre	
	<input type="checkbox"/> Juge	

Lieu de la formation	
Date(s) de la formation	

Nom/Prénom du représentant Ligue ou CSN	
--	--

Signature du Candidat	Signature du Représentant Ligue ou CSN / Cachet de la Ligue ou CSN

Le présent formulaire est à retourner dûment complété et signé :



FFSG
CFOA
41-43 rue de Reuilly
75012 PARIS



cfoa@ffsg.org



01 43 46 99 78