

RESULTATS EXAMEN 1^{ER} DEGRE



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	

FONCTION	
----------	--

NOM / PRENOM	LIGUE	SIGNATURE JOUR 1	SIGNATURE JOUR 2	VALIDATION EXAMEN	
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Date(s) de l'examen :	
Lieu de l'examen :	
Nom du Formateur / Examineur 1 :	
Nom du Formateur / Examineur 2 :	
Nom du Formateur / Examineur 3 :	

Signature Formateur / Examineur 1	Signature Formateur / Examineur 2	Signature Formateur / Examineur 3

Le présent formulaire est à retourner dûment complété et signé dans les 15 jours suivants la session d'examen :



FFSG
CFOA
41-43 rue de Reuilly
75012 PARIS



cfoa@ffsg.org



01 43 46 99 78