

Inscription

Formation Tourisme Équestre

Votre dossier doit être envoyé dûment rempli et accompagné des pièces jointes demandées à l'adresse ci-contre.

Haras de la Cense
RD 988
78730
Rochefort en Yvelines

Les frais de dossier et de participation à la journée de sélection sont de 50 €. Ils seront à régler lors de la journée de sélection.

Pièces jointes

Obligatoires

- Votre CV
- Votre lettre de motivation
- La copie de la licence fédérale en cours

Facultatives

- Copie des résultats en compétition
- Lettres de recommandation

Informations générales

Nom : Adresse :
Prénom :
Date de naissance :
Nationalité : Code postal :
Téléphone domicile : Ville :
Téléphone portable : Pays :
Email :

Parcours académique

Dernier diplôme obtenu : Parcours scolaire
(cursus universitaire, autres diplômes, formations, etc.)
.....
Etablissement :
.....
Date d'obtention :

Votre situation actuelle : Étudiant(e) Salarié(e) Demandeur(se) d'emploi Dirigeant(e)

Votre profession si vous êtes en activité :

Permis de conduire (A, E, etc.): Véhicule personnel : Oui Non

Langues :	Français	Anglais	Espagnol	Allemand
Scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parcours équestre

Galops : 1 2 3 4 5 6 7

Diplôme d'enseignement : Oui Non

Savoirs éthologiques : 1 2 3 4 5

Si oui, lequel :

Licence FFE n° :

Expérience équestre

Emploi :

Stage professionnel :

Stage technique / théorique :

Avez-vous participé à des stages au Haras de la Cense / Suivi la Méthode :

Autres :

Compétition

Licence de compétition : Oui Non

Si oui, discipline :

Division :

Niveau :

Je joins un extrait FFE de mes 5 meilleurs résultats en compétition avec mentions des années de performances.

Projet de formation

Comment comptez-vous financer la formation ?

Apport personnel : Oui Non

Dossier de prise en charge : Oui Non

Si oui, quel organisme :

.....