

**Inscription à remettre AU PLUS TARD 15 jours avant le début de la formation**

CHOIX DE LA FORMATION

**FORMATION A LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ VOUS INSCRIRE :**

**Validation FWBDS :**

Merci de cocher la case adéquate : ❒ Moniteur Animateur

❒ Moniteur Initiateur

❒ Moniteur Éducateur

❒ Moniteur Entraîneur

**DISCIPLINE CHOISIE :**

Merci de préciser la discipline choisie, sachant que plusieurs choix sont possibles

❒ Danses « Street »

❒ Danses Latines & Standards

❒ Danses Afro-Caribéennes

❒ Danses Académiques

DONNÉES DU CANDIDAT

# LES COORDONNÉES DU CANDIDAT :

# *Merci de les compléter de manière lisible, en caractères d’imprimerie*

**Validation FWBDS :**

❒

❒

❒

❒

❒

❒

❒

❒

❒

Nom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Prénom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Date de naissance : . . . . . . /. . . . . . . . . /. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Code postal : . . . . . . . . . . . .Ville : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél. domicile : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Tél. portable : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Êtes-vous affilié à la FWBDS ? **:** ❒ Oui ❒ Non

Si oui, précisez svp votre numéro d’affiliation : …………………………

PRÉ-REQUIS

**Validation FWBDS :**

Si vous avez choisi les brevets de Moniteur Initiateur, Educateur ou Entraîneur, pouvez-vous attester de la réussite des cours généraux ADEPS dans le brevet choisi? **:**

❒ Oui ❒ Non

EXPÉRIENCE DE TERRAIN

Une expérience de terrain de la danse sportive est requise, elle peut avoir revêtu plusieurs formes :

**Validation FWBDS :**

* + La pratique de la danse sportive au niveau compétitif pendant minimum deux années consécutives au sein de la FBDS (Fédération Belge de Danse Sportive)
  + La pratique de la danse sportive au niveau récréatif pendant minimum quatre années consécutives au sein d’un club de danse sportive ou trois années consécutives au sein d’un club de danse sportive reconnu par la FWBDS. (une liste des centres reconnus sera dressée annuellement par la FWBDS sur son site).
* Avoir un brevet de professeur de danse au sein d’une organisation non reconnue par la FWBDS.

Pouvez-vous fournir des documents attestant de cette expérience ? **:**

❒ Oui ❒ Non

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR

**Validation FWBDS :**

❒

❒

❒

❒

❒

❒

❒

Sont demandés les documents suivants :

* La fiche d’inscription ad hoc dûment complétée ;
* Le certificat médical d’aptitude sportive à la pratique de la danse sportive, téléchargeable sur le site Internet ou inclus à ce document en annexe I, dûment complété par un médecin ;
* Faire la preuve d’une expérience de pratiquant tel que mentionné dans le paragraphe « Expérience de Terrain » ci-dessus, au moyen de tout document probant
* Fournir le document attestant de la réussite aux cours généraux MSIn;

Le cas échéant, l’attestation de réussite du test préliminaire à l’inscription ;

* Fournir une copie de la carte d’identité permettant la vérification de l’âge annoncé;
* Fournir la preuve d’acquittement des droits d’inscription et d’homologation reçue suite au paiement.
* A partir de septembre 2019, être obligatoirement affilié à la FWBDS et en ordre de cotisation

ENVOI DE VOTRE DOSSIER

Les inscriptions se feront en renvoyant les documents demandés ci-dessus, par voie électronique, au responsable des formations de danse sportive à son adresse office@fwbds.be, au plus tard 15 jours avant le début de la formation.

Nous vous rappelons que l’ensemble des données du cahier de charge, consultable sur notre site web, sont également d’application.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FEDERATION WALLONIE BRUXELLES DE DANSE SPORTIVE a.s.b.l**  Avenue de Bouchout, 9 - 1020 Bruxelles  N°d’entreprise : 0556.821.669  [office@fwbds.be](mailto:office@fwbds.be) - +32 472 697 540 |

ATTESTATION MEDICALE

Le médecin soussigné : ......................................................................................................

Déclare sur l'honneur que pour :

Nom & prénom : ......................................................................................................

Adresse : ......................................................................................................

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

Date de naissance : ......................................................................................................

il n'y a pas d'objection médicale à la pratique du sport et à la participation à des compétitions sportives de danse.

Fait à ........................................, le.............................................................................................

Signature et cachet du médecin : ....

Le sportif s'engage à informer immédiatement la FWBDS de tout changement de son état de santé qui pourrait affecter ce certificat.

Fait à ........................................, le.............................................................................................

Signature du sportif :

*Merci d’envoyer ce formulaire, dûment daté et signé, au Secrétariat de la FWBDS*

*en même temps que votre formulaire d'inscription, à l’adresse* [*formation@fwbds.be*](mailto:formation@fwbds.be)