



# Demande d'attribut de spécialiste dans la formation des cadres

A envoyer au plus tard 2 mois avant le début de l'activité  
aux responsables de la formation esa!

Date de  
réception:

## A compléter par l'institution de formation

### 1. Données personnelles du/de la spécialiste

N° personnel	Nom	Prénom	
N° AVS	Date de naissance		
Adresse	NPA /Lieu	Ct.	
Tél. privé	Tél. prof.	Portable	Fax
Courriel	Nationalité: <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> Autre:		
Langue maternelle: <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> i	2° langue: <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> i	Profession: <input type="checkbox"/> Maître de sport <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Autre	

### 2. Formation

La personne précitée a suivi les formations suivantes:

Institution	Certificat	Année
Institution	Certificat	Année
Remarques		

### 3. Activité

La personne précitée peut exercer une activité dans les domaines spécialisés suivants:


### 4. Recommandation de l'institution de formation

<input type="checkbox"/> Organisation partenaire <input type="checkbox"/> Autre:	
Nom	Prénom
Fonction	Courriel
Tél. P	Tél. B
Je recommande la personne précitée pour l'exercice d'une activité dans le domaine spécialisé indiqué et confirme les informations données:	
Remarques	
Lieu/Date	Signature

## A compléter par les responsables de la formation esa

### 5. Recommandation et transmission à l'OFSPPO

Discipline sportive	Nom	Prénom
Je recommande la personne précitée pour l'exercice d'une activité dans le domaine spécialisé indiqué et confirme les informations données:		
Remarques		
Lieu/Date	Signature	

## A compléter par l'OFSPPO

### 6. Autorisation

Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarque:		
Date	Signature	Finalisé	Date/Visa