



# ProSportConcept

*Formation aux métiers du sport*

Comment remplir votre fiche de  
dates certification UC3 ?

Lely Thibaut  
BP jeps AF

# Fiche de dates UC-3

La fiche est disponible sur la plateforme

pour votre évaluation en UC-3, vous devez remplir cette fiche (réglementaire et obligatoire) et nous la remettre.

Elle doit être remplie selon les consignes indiquées ici

Elle fera foi en cas de litige sur l'heure ou la date de votre examen

Vous devez la renvoyer, en format numérique (page,word...) remplie, à l'adresse mail: [leslie.prosportconcept@gmail.com](mailto:leslie.prosportconcept@gmail.com)

Mettre en copie du mail Thibaut et Christophe.

À renvoyer au plus tard trois semaines avant la première des trois dates indiquées

# Fiche de dates UC-3

Mention au choix A ou B

## Evaluation UC3 AF



Cours collectifs  Haltérophilie musculation

NOM du stagiaire : ..... Téléphone Stagiaire : .....

NOM du tuteur : ..... Téléphone Tuteur : .....

Adresse précise de la structure :

renseignements

Dates, horaires  
séance 5

Dates, horaires  
séance 6

Dates, horaires  
séance 6 bis\*

Objectif de la  
séance

Tableau de proposition de 3 dates

Date et horaire	Type de séances
	<b>Mention cours collectifs</b> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <b>Mention Haltérophilie / musculation</b> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle
	<b>Mention cours collectifs</b> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <b>Mention Haltérophilie / musculation</b> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle
	<b>Mention cours collectifs</b> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <b>Mention Haltérophilie / musculation</b> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle

\* Mentionnez une deuxième date à laquelle vous pourriez ré-effectuer votre séance 6

..... Signature stagiaire      Signature coordinateur

remis au stagiaire

# Fiche remplie convenablement

- ✓ Choix mention A ou B
- ✓ Coordonnées complètes
- ✓ chaque séances avec le jour (lundi, mardi...) puis la date suivi de l'horaire ou plage horaire
- ✓ Choix de l'objectif
- ✓ Dates d'envoi de la fiche et signature
- ✓ Ne pas remplir la case original et copie

Cours collectifs       Haltérophilie musculation

NOM du stagiaire : **DA SILVA Leslie** Téléphone Stagiaire : **07 69 69 76 63**

NOM du tuteur : **Christophe DAMIEN** Téléphone Tuteur : **06 73 49 66 90**

Structure : **ProSportConcept**

Adresse précise de la structure : **9 avenue terreblanque 40230 ST Vincent de Tyrosse**

Tableau de proposition de 3 dates

Date et horaire	Type de séances
<b>Mercredi 10 février 9H</b>	<b>Mention cours collectifs</b> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <b>Mention Haltérophilie / musculation</b> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input checked="" type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle
<b>Mercredi 15 mars Entre 13h et 20H</b>	<b>Mention cours collectifs</b> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <b>Mention Haltérophilie / musculation</b> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input checked="" type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle
<b>Mercredi 20 avril 9H 10H</b>	<b>Mention cours collectifs</b> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <b>Mention Haltérophilie / musculation</b> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input checked="" type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle

Reçu le ...**27/01/2021**.....      Signature stagiaire      Signature coordinateur

Original       Copie remis au stagiaire



# Evaluation UC3 AF

Cours collectifs  Haltérophilie musculation

NOM du stagiaire : ..... Téléphone Stagiaire : .....

NOM du tuteur : ..... Téléphone Tuteur : .....

Adresse précise de la structure :

**ATTENTION !!!!!**

Vous devez faire attention à bien mentionner l'adresse de votre évaluation !



Il peut dans certains cas s'agir d'un complexe de plusieurs salles, bien stipuler de laquelle il s'agit le jour de votre examen  
Attention également au fait que le nom de la société est parfois différent du nom de l'enseigne.

Autre cas de figure, attention à ne pas indiquer l'adresse du siège social de la société qui parfois diffère de celle de la salle.

# Fiche mal remplie

## Evaluation UC3 AF

Mention non remplie

Cours collectifs     Haltérophilie musculation

NOM du stagiaire : ... **Leslie ??????** ..... Téléphone Stagiaire : ... **?????** .....

NOM du tuteur : ... **Christophe ??????** ..... Téléphone Tuteur : **06 73 49 66 90**

Nom incomplet

Structure : **ProSportConcept**  
Adresse précise de la structure : **ProSportConcept**

Téléphone oublié

Manque l'objectif de séance

Manque le jour de la semaine

Manque l'heure exacte

Tableau de proposition de 3 dates

Date et horaire	Type de séances
<b>10/02 ( jour ????) Le matin (CAD ?)</b>	<p><b>Mention cours collectifs</b></p> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <p><b>Mention Haltérophilie / musculation</b></p> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle
<b>15/03 Toute l'après-midi (CAD ?)</b>	<p><b>Mention cours collectifs</b></p> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <p><b>Mention Haltérophilie / musculation</b></p> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle
<b>20/04 Toute la journée (CAD ?)</b>	<p><b>Mention cours collectifs</b></p> <input type="checkbox"/> Cardio chorégraphié <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Etirement <p><b>Mention Haltérophilie / musculation</b></p> <input type="checkbox"/> Développement des qualités physiques <input type="checkbox"/> Prise de masse musculaire <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Renforcement musculaire <input type="checkbox"/> Sport bien être <input type="checkbox"/> Réathlétisation ou réhabilitation fonctionnelle

Reçu le .....**27/01/2021**..... Signature stagiaire      Signature coordinateur

Original     Copie remis au stagiaire

