

# Evaluation UC3 AF

Cours collectifs

Haltérophilie musculation

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

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

Structure :

Adresse précise de la structure :

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

Reçu le .....  
coordinateur

Signature stagiaire

Signature

Original     Copie remis au stagiaire