

Dossier d'inscription en formation

Nom et Prénom :

Date de naissance : Âge :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Nationalité :

Sexe : F ☐ M ☐ Autre ☐

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville.....

Téléphone :

Courriel :

N° sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / /

Mutuelle : Oui ☐ Organisme :
 Non ☐

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Numéro de tél. de la personne à contacter en cas d'urgence :

Structure d'accueil :

Nom du tuteur :

Mail du tuteur :

Numéro de tél. du tuteur :

Signature :

Cadre réservé à l'administration		
FORMATION	DIPOSITIFS	CONTRAT
☐ BPJEPS APT ☐ CQP ALS :	☐ POEC ☐ SERVICE CIVIQUE ☐ AUTRES:	☐ APPRENTISSAGE ☐ PROFESSIONNALISATION ☐ AUTRES:

Pièces administratives à fournir

Pour tout le monde :

- ☐ Le dossier d'inscription dûment rempli
- ☐ Une photocopie recto verso de la carte d'identité, du passeport ou titre de séjour en cours de validité (Photocopie du permis de conduire non recevable)
- ☐ Un certificat médical avec la mention : « non-contre-indication à la pratique et à l'enseignement des multi-activités physiques ou sportives pour tous », datant de moins d'un an à l'entrée en formation (document modèle joint à faire remplir par votre médecin)
- ☐ La photocopie de la carte vitale
- ☐ La photocopie du diplôme du PSC (Diplôme de Premiers Secours Citoyen)

Pour les BPJESP APT :

- ☐ Enveloppe A4 dos catonné
- ☐ Imprimé pour lettre recommandée avec accusé de réception
- ☐ Timbre à 7€48
- ☐ Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit
- ☐ Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française de Sport Adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée
- ☐ un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de l'activité ou des activités physiques ou sportives, concernées par le diplôme, datant de moins d'un an :
 - à la date des tests d'exigences préalables « TEP »
 - ou à la date d'entrée de la formation pour les sessions sans TEP et pour les candidats dispensés de TEP ou redoublants
- ☐ Demande validation d'inscription, annexe 2.1 dûment remplie

Certificat médical

Je soussigné(e).....

Docteur(e) en :

☐ Médecine générale ☐ Médecine du sport ☐ Autre spécialité :.....

Certifie avoir examiné ce jour, Mme / Mr.....

Né(e) le

Demeurant :.....

.....

Et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

À la pratique et à l'enseignement des multi-activités physiques ou sportives pour tous.

☐ Sans restriction ☐ A l'exception de la (des) discipline(s) :

.....

Observations :

.....

.....

Fait à :,

Le/...../.....

Signature et cachet du Médecin :

Autorisation de reproduction et de diffusion photographique

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

autorise le Comité Départemental UFOLEP 34 à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies sur lesquelles j'apparais sur l'ensemble des supports de communication Interne et Externe du Comité Départemental UFOLEP 34, à titre gracieux.

Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique,...) et intégrées à tout autre matériel de représentation ou de reproduction (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations...) connus ou inconnus à ce jour.

Il est entendu que le Comité Départemental UFOLEP 34 s'interdit expressément, une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée et à la réputation de la personne photographiée, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe, raciste, antisémite, violent ou illicite.

Toutefois, à tout moment, le signataire pourra suspendre cette autorisation par courrier recommandé auprès de la structure.

Toutes autres utilisations que celles précitées, devront être renégociées entre le photographe et le signataire.

Fait à :,

Le/...../.....

Signature de la personne photographiée ou du responsable légal :
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Expérience et projet professionnel

Diplôme(s) scolaire(s), universitaires, professionnel(s)	Année
Diplôme(s) sportif(s)	Année
Pratiques sportives	Année
Diplômes d'animation (BAFA, BAFD...)	Année
Autre diplômes	
Projet(s) professionnel(s)	
Prise en compte des besoins spécifiques	

Etes-vous porteur de handicap(s) ? Si oui, lesquels ?

Signature du candidat :

Structure d'accueil

Nom et Prénom du stagiaire :

Nom de la structure d'accueil :

Nom et prénom du responsable de structure :

Adresse de la structure d'accueil :

Numéro de téléphone la structure d'accueil :

Nom et prénom du tuteur :

Date de naissance du tuteur :

Numéro de téléphone du tuteur :

Mail du tuteur :

Fonction :

Diplôme le plus élevé du tuteur dans le domaine concerné :

Fait à :,

Le/...../.....

<u>Signature du responsable de la structure :</u>	<u>Signature du tuteur :</u>	<u>Signature du stagiaire :</u>

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Par l'employeur, le club, l'association ou autre organisme

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

Qualité de.....

Représentant la structure.....

Adresse

Code postal : Ville.....

Téléphone

Courriel.....

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation engagée par (nom, prénom du (de la) candidat(e)) :

Ces frais devront être facturés à (nom et adresse)

.....
.....

Fait à :,

Le/...../.....

**Signature du responsable
de la structure et cachet :**

<u>Signature du responsable de la structure et cachet :</u>

ANNEXE 2.1 DEMANDE DE VALIDATION D'INSCRIPTION

à transmettre par l'organisme de formation à la DRAJES OCCITANIE
(à l'attention du gestionnaire administratif concerné par le diplôme)
accompagnée des pièces réglementaires énumérées au verso,
au plus tard le jour de l'entrée en formation

- | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ CPJEPS | ☐ BPJEPS | ☐ DEJEPS |
| ☐ DESJEPS | ☐ Certificat complémentaire | |

Spécialité :

Mention : Option :

Organisme de Formation :

Numéro de session :

Formation du au

RAPPEL :

Conformément à l'Art. R. 212-10-13 du Code du Sport, l'organisme de formation s'engage à procéder à l'inscription auprès de la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports des personnes entrant en formation après vérification des conditions d'inscription fixées dans le règlement du diplôme ou du certificat complémentaire

CANDIDAT

ETAT CIVIL

NOM : (Nom de naissance) PRÉNOM

Nom d'Usage ou d'épouse :

Nationalité : Sexe

Date de naissance : Lieu de naissance : Département :

COORDONNEES

Adresse du candidat

CP : Ville :

☎ :

Adresse mail :@..... (Obligatoire)

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

► Sauf opposition expresse de votre part, en cas de réussite à l'examen, votre nom figurera dans la liste des candidats admis qui sera publiée sur le site internet de la DRAJES OCCITANIE (<http://occitanie.drjcs.gouv.fr>)

Fait à, le

Signature du candidat