



# bpjepsapt

ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS

## *Dossier d'inscription*

*Novembre 2018 – Novembre 2019*

Photo à coller

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :    /    /

LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° DPT : \_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

TEL 1 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TEL 2 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-MAIL (en majuscules) : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

N° DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence prévenir : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, sollicite mon inscription à la formation BPJEPS APT et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SIGNATURE :

## STATUT

### Sous quel statut pensez-vous suivre cette formation ?

- Financement personnel
- Financement région Auvergne Rhône-Alpes
- Congé individuel de formation
- Contrat de professionnalisation

Dans ce cas possédez-vous votre employeur potentiel ?

- Oui (si oui, joindre un document l'attestant)
- Non

- Emploi d'avenir

Dans ce cas possédez-vous votre employeur potentiel ?

- Oui (si oui, joindre un document l'attestant)
- Non

Autre, à préciser : \_\_\_\_\_

### Etes-vous inscrit au Pôle Emploi ?

- Oui (si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)
- Non

### Etes-vous salarié d'une structure ?

- Oui (laquelle) : \_\_\_\_\_
- Non

### Bénéficiez-vous d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé ?

- Oui (si oui, joindre une copie du document l'attestant)
- Non

## DIPLÔMES

Etes-vous titulaire d'un Brevet d'Etat ou du BEES 1 ?

- Oui (lequel et joindre une photocopie) : \_\_\_\_\_
- Non

Etes-vous titulaire d'un BAFA-BAFD ?

- Oui (lequel et joindre une photocopie) : \_\_\_\_\_
- Non

Etes-vous titulaire d'une validation d'acquis d'expérience (VAE) pour certaines des unités d'enseignement du BPJEPS ?

- Oui (lequel et joindre une photocopie) : \_\_\_\_\_
- Non

Etes-vous titulaire d'un BPJEPS ou de certaines unités capitalisables ?

- Oui (lequel/lesquels et joindre une photocopie) : \_\_\_\_\_
- Non

Etes-vous titulaire d'un des diplômes suivants en cours de validité : PSC 1, AFPS, PSE 1 ou 2, FGSU 1 ou 2, SST (obligatoire pour rentrer en formation) ?

- Oui (joindre la photocopie du diplôme)
- Non

***NB : nous avons la possibilité de vous inscrire sur des sessions de PSC 1.  
Nous contacter pour plus de précisions.***

Etes-vous titulaire d'un ou plusieurs diplômes fédéraux ?

- Oui (lequel/lesquels et joindre une photocopie) : \_\_\_\_\_
- Non

## VOTRE PARCOURS

Quelles activités sportives pratiquez-vous ou avez-vous pratiquées (en club, en loisir, ...) ?

Quelle durée, à quel niveau, ... ?

---

---

Quel est votre niveau scolaire ? Dans quel domaine ?

---

---

Quels sont vos diplômes acquis ?

---

---

Avez-vous déjà encadré des activités sportives et/ou participé à des actions d'animation ?

Oui (si oui, précisez le contexte)

Non

---

---

---

**L'alternance pratique en entreprise est obligatoire.**

Merci de nous fournir les coordonnées exactes de votre structure d'accueil ainsi que celles de vos tuteurs, accompagnées de leurs qualifications

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_

**NOM DE LA STRUCTURE DE STAGE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**TEL :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOM DU RESPONSABLE :** \_\_\_\_\_

**E-MAIL (en majuscules) :** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**NUMERO APS\*(carte professionnelle - obligatoire) :** \_\_\_\_\_ **ET** \_\_\_\_\_

(\*numéro de déclaration auprès des services de la DDCSPP du département de domiciliation de la structure)

**NOM ET PRENOM DU TUTEUR :** \_\_\_\_\_

**TEL :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MAIL (en majuscules) :** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**NUMERO DE CARTE PROFESSIONNELLE (obligatoire) :** \_\_\_\_\_ **ED** \_\_\_\_\_

(Joindre une copie de la carte professionnelle du tuteur)

**DIPLÔME(S) OBTENU(S) :** \_\_\_\_\_

**Indiquez les coordonnées des structures que vous avez sollicitées et qui seraient intéressées pour vous accueillir en alternance :**

**NOM DE LA STRUCTURE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**TEL :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOM DE LA STRUCTURE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

NOM DE LA STRUCTURE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

NOM DE LA STRUCTURE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

NOM DE LA STRUCTURE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_

## Pièces à joindre pour valider toute demande d'inscription

- Pages 2 à 6 complétées
- Certificat médical original (cachet + signature du médecin) selon le modèle de la page 8, qui devra dater de moins de trois mois au moment de passer les tests d'exigences préalables
- Photocopie soit de la carte nationale d'identité (recto verso) en cours de validité, soit du passeport en cours de validité, soit de l'extrait d'acte de naissance ou, pour les personnes de nationalité étrangère, la copie (recto-verso) du titre de séjour en cours de validité
- CV + Lettre de motivation (modèle libre)
- 2 photos d'identité (dont 1 à coller sur la page 2)
- Photocopie des diplômes déjà acquis (scolaires et sportifs)
- Pour les moins de 25 ans, photocopie du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense
- Photocopie du diplôme relatif au secourisme en cours de validité (attention, l'attestation d'initiation aux alertes et aux premiers secours effectuée lors de la journée d'appel de préparation à la défense n'est pas acceptée).

Le présent dossier, ainsi que toutes les pièces demandées, doivent être fournis avant le :

12/10/2018 pour les tests du 12/11/2018

**AUCUN DELAI NE SERA ACCEPTE**



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme / M. ....

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet obligatoire :