



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction Régionale et
Départementale de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion
Sociale
Auvergne-Rhône-Alpes



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

DOSSIER D'INSCRIPTION

BP JEPS

Spécialité

Educateur Sportif

Rentrée 2019

Dossier à déposer / envoyer à :
Institut de formation aux Métiers du Sport Hauteville3S
185 chemin des Lésines
01110 HAUTEVILLE-LOMPNES

Date de clôture des inscriptions : **le 25 mai 2019**

Cadre réservé à l'IFMS H3S

Dossier reçu le	Observations	Règlement reçu	Allègement	Formation
Dossier incomplet		Chèque	UC1: UC2:	NB heures
Dossier validé le		Espèce	UC3: UC4:	Financement

1. DEMANDE D'INSCRIPTION



Je soussigné(e) :

NOM : NOM DE NAISSANCE :

Prénom(s) :

Date de naissance : Age : Sexe : H F

Lieu de naissance + n° département :

Adresse :

Code postale : Ville :

Tel : Email :

Denier diplôme obtenu :

Niveau d'études : V IV III II I

N° INE (Identifiant National de l'Elève) __/__/__/__/__/__/__/__/__/ (10 chiffres-1 lettre)

Situation professionnelle actuelle : rayer les mentions inutiles

Salarié / Demandeur d'Emploi / Inscrit à Pôle Emploi / Inscrit à Mission Locale / Etudiant / Militaire / Sportif de Haut-Niveau

Autres (préciser) :

Sollicite mon inscription à :

Formation BP JEPS spécialité Educateur Sportif mention ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS

Formation BP JEPS spécialité Educateur Sportif mention ACTIVITES DE LA FORME option Haltérophilie, Musculation

Fait à, le

Signature du candidat :

2. PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- la précédente fiche **DEMANDE D'INSCRIPTION**
 - la **FICHE DE RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE** (jointe ci-après)
 - la **FICHE D'URGENCE** (jointe ci-après)
 - 1 chèque de 40 € pour les frais de dossier (à l'ordre de IFMS H3S)
 - 2 photographies d'identités récentes, dont une agrafée sur la présente demande
 - 1 photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, livret de famille, passeport, extrait d'acte de naissance).
 - 1 photocopie de l'une des attestations de formation relative au secourisme suivante :
 - « Prévention et Secours Civiques de niveau 1 » (PSC1) ou « attestation de formation aux premiers secours » (AFPS) ;
 - « Premiers Secours en Equipe de niveau 1 » (PSE 1) en cours de validité
 - « Premiers Secours en Equipe de niveau 2 » (PSE 2) en cours de validité
 - « Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence » (AFGSU) de niveau 1 ou de niveau 2 en cours de validité ;
 - « Certificat de Sauveteur Secouriste du Travail (SST) » en cours de validité
- ATTENTION : L'attestation délivrée à la fin du module pratique de secourisme passé lors de la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) n'a pas l'équivalence du P.S.C. 1.**
- pour les candidats et les candidates âgés de moins de 25 ans, une photocopie de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté.
 - 1 certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement datant de moins d'un an à la date d'entrée en formation (sur l'imprimé joint)
 - une attestation d'assurance en Responsabilité civile
 - une attestation de droits à la sécurité sociale (à ne pas confondre avec la copie de la carte vitale)
 - 1 curriculum vitae ET 1 lettre de motivation (en précisant vos expériences en lien avec la formation demandée, votre projet professionnel et vos contacts potentiels avec des structures au sein desquelles effectuer les périodes d'alternance).
 - 2 enveloppes format 23 x 16 timbrée pour 20g libellées à l'adresse du candidat
 - 1 enveloppe format 23 x 32 timbrée pour 50g libellées à l'adresse du candidat

Le cas échéant :

- La ou les attestations justifiant de la satisfaction aux exigences préalables ou valant dispense de tout ou partie des exigences préalables à l'entrée en formation
- Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit

3. FICHE DE RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE

NIVEAU DE FORMATION, DIPLOMES

Dernier établissement fréquenté et adresse :

.....

Dernier niveau d'études atteint dans cet établissement : Année :

Diplômes obtenus au cours de votre scolarité : (joindre copie du diplôme le plus important) :

BEPC CAP-BEP BAC BTS / DEUG Licence Maîtrise Master / Autre :

Niveau 6 Niveau 5 Niveau 4 Niveau 3 Niveau 2 Niveau 1

Autre diplômes obtenus :

DIPLOMES OBTENUS DANS LE CHAMP DE L'ANIMATION ET DU SPORT

BAFA délivré le __/__/__

BASE délivré le __/__/__

BAFD délivré le __/__/__

Surveillant baignade délivré le __/__/__

BNSSA délivré le __/__/__

BAPAAT option :délivré le __/__/__

BEES 1er degré option :délivré le __/__/__

BEATEP option :délivré le __/__/__

BPJEPS option :délivré le __/__/__

BEES 2e degré option :délivré le __/__/__

DEFA option :délivré le __/__/__

DIPLOME FEDERAUX :

.....délivré le __/__/__

Autre : délivré le __/__/__

En cours de formation précisez :

MOBILITE

Etes-vous titulaire du Permis B ? Oui Non

Si Non, avez-vous prévu de la passer ? Oui Non Si oui, à quelle période ?

Disposez-vous d'un véhicule ? Oui Non

BP JEPS

Etes-vous inscrit(e) à d'autres épreuves de sélection permettant l'accès à une formation BPJEPS ?

Oui (précisez où) Non

Vous êtes-vous déjà présenté(e) aux épreuves de sélection de la formation ?

OUI (précisez où) En quelle année ? NON

PRATIQUE D'ENCADREMENT ET SPORTIVE / INVESTISSEMENT DANS LE MILIEU SPORTIF ET OU ASSOCIATIF

Avez-vous déjà encadré des groupes ? OUI NON

Si oui, auprès de quel public ?

Enfance (7-11ans) Préado et/ou ados Adultes (19-59 ans) Jeunes retraités / retraités (60 ans et +)

Etes-vous licencié ? Oui Non / Nom du Club..... Sport(s) :

Athlète de haut niveau ? Oui Non Si oui : Pole Liste Haut Niveau Régional

Etes-vous élu(e) dans une association sportive ou socio-éducative ? Oui Non

Etes-vous animateur (trice) bénévole ? Oui Non / Nom de la structure :

RENSEIGNEMENTS STRUCTURE DE STAGE OU EMPLOYEUR

L'EMPLOYEUR POTENTIEL : Association Secteur privé Secteur public

Branche professionnelle : Nb de salariés : / ____/

Raison Sociale :

NOM-Prénom du responsable de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

CP : /__/_/_/_/_/ VILLE :

Tel. : /__/_/_/_/_/_/ Mobile : /__/_/_/_/_/_/ E-mail :

LE TUTEUR (OU LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE) POTENTIEL : Salarié Bénévole Chef d'entreprise

NOM : Prénom : Date de naissance : /__/_/_/____/

Adresse :

CP : /__/_/_/_/_/ VILLE :

Tel. : /__/_/_/_/_/_/ Mobile : /__/_/_/_/_/_/ e-mail :

N° Carte professionnelle :

Diplômes ou titres obtenus :

Expérience professionnelle dans le métier préparé par le candidat : / ____/ ans

SITUATION ACTUELLE

➤ ETES VOUS BENEFICIAIRE DU RSA ? Oui Non Si oui, à quel titre : allocataire ayant droit

➤ VOUS ETES SANS EMPLOI : Inscrit à Pole emploi : Oui Non

Si oui depuis combien de temps en continu : - 6 mois 6 à 11 mois 12 à 23 mois 24 mois et +

Situation auprès de Pôle Emploi :

- Vous avez fait une demande d'indemnisation auprès de Pôle emploi Oui Non
 - Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours Oui Non
 - Vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pole Emploi depuis le / /
 - Vous êtes indemnisé(e) par Pole Emploi au titre de :
 - L'allocation d'aide au Retour à l'Emploi
 - L'allocation temporaire d'attente
 - L'allocation de Solidarité Spécifique
- Vous n'avez jamais travaillé

➤ VOUS ETES SALARIE

Emploi :

Type de contrat : CUI/CAE Emploi d'avenir CDD CDI Contrat de Professionnalisation

CEE Fonctionnaire Autre (précisez)

➤ VOUS ETES ETUDIANT – SCOLAIRE Oui Non

Quel diplôme préparez-vous ?

Etablissement ou université :

➤ VOUS ETES TRAVAILLEUR NON SALARIE

Agriculteur artisan commerçant profession libérale marin-pêcheur autre (précisez)

➤ VOUS ETES TRAVAILLEUR HANDICAPE : Oui Non

Vous percevez durant le stage des indemnités journalières pour maladie versées par la CPAM

Vous avez été victime d'un accident de travail et votre contrat de travail est suspendu

➤ AUTRE SITUATION

Vous bénéficiez de l'aide aux agriculteurs en difficulté

Vous êtes dans une autre situation (précisez)

4. FICHE D'URGENCE

NOM : _____ / Prénom _____

Date de naissance : __/__/____ Téléphone : _____ / Mobile : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ / Ville : _____

Pour les mineurs, Nom et coordonnées complètes des parents ou du responsable légal.

NOM : _____ / Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ / Ville : _____

Téléphone : _____ / Mobile : _____ / Mobile 2 : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ / Prénom : _____

Téléphone : _____

NOM : _____ / Prénom : _____

Téléphone : _____ / Mobile : _____ / Mobile 2 : _____

Centre de sécurité sociale : _____

N° Sécurité sociale / _____ - / _____

Mutuelle : _____

Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement et des services de secours le cas échéant (allergies, antécédents médicaux...):

.....

Coordonnées du médecin traitant :

Derniers rappels de vaccination (en cas de prise en charge médicale d'urgence) :

BCG : __/__/____ DTP : __/__/____

5. AUTORISATION PARENTALE DE SUIVI DE FORMATION – pour stagiaires mineurs

Je soussignée Madame, Monsieur, Mademoiselle*

Agissant en qualité de Père – Mère - Représentant Légal*

Autorise Monsieur, Mademoiselle*

Né(e)

le...../...../.....A..... Département.....

A suivre la formation.....

Fait à le

Signature du Père, de la Mère ou du Représentant Légal¹

1 Rayer les mentions inutiles

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme :

.....

Et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des² :

Activités Physiques pour Tous (BPJEPS ES APT³)

Activités de la Forme option Haltérophilie-Musculation (BPJEPS ES AF-HM⁴)

Fait à _____, le ____/____/____

Signature Et cachet obligatoire

² Rayer la mention inutile

³ BP JEPS spécialité Educateur Sportif mention ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS

⁴ BP JEPS spécialité Educateur Sportif mention ACTIVITES DE LA FORME option Haltérophilie, Musculation