

DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION BPJEPS APT



Pièces à fournir au minimum 1 mois avant les TEP

- La fiche candidature complétée et signée
- 3 photos d'identité portant vos nom(s) et prénom(s) au verso (dont une collée sur la fiche de candidature)
- 3 enveloppes timbrées au tarif en vigueur
- 1 photocopie de la Carte Nationale d'Identité recto/verso ou du titre de séjour **en cours de validité**
- Photocopie du diplôme du P.S.C.1 (*Prévention et Secours Civiques de niveau 1*) ou équivalent
NB : l'initiation faite lors de la Journée d'appel n'est pas recevable.
- Une attestation d'assurance d'accident corporel et responsabilité civile (année en cours)
- Attestation de droit de la sécurité sociale (*CPAM, RSI ou autre*)
NB : La photocopie de la carte vitale n'est pas recevable.
- Photocopies des diplômes obtenus et attestations diverses (*scolaires, universitaires, sportifs...*)
- Un Curriculum Vitae (CV)
- Une lettre de motivation
- Un descriptif détaillant votre projet professionnel et votre expérience pratique et pédagogique dans les activités spécifiques à la formation choisie.
- Le règlement intérieur signé.
- Un chèque de 30€ à l'ordre de BFORMATION, afin de valider votre inscription pour les TEP.

Documents spécifiques au BPJEPS APT :

- Un certificat médical, daté de moins de 6 mois à l'entrée en formation, de non contre-indication à la pratique, à l'animation et à l'encadrement des activités propres à la formation choisie : Utiliser l'exemplaire joint - **OBLIGATOIRE** pour le passage des tests.

FICHE DE CANDIDATURE FORMATION BPEJPS APT

PHOTO D'IDENTITE

Obligatoire

ETAT CIVIL :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

CP VILLE

Portable : Adresse @ :

Employeur : Tél professionnel :

Médecin traitant : NOM : VILLE :

Téléphone :

FORMATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE (Cocher la mention utile / *rayer la mention inutile)

Scolaire :

Baccalauréat (niveau/diplômé*) Spécialité Année:.....

BEP/CAP (niveau/diplômé*) Spécialité Année:.....

BTS/DUT (niveau/diplômé*) Spécialité Année:.....

Licence/Master (niveau/diplômé*) Spécialité Année:.....

Autres : (cocher la mention utile ET précisez l'année d'obtention)

PSC1 : PSE1/Autre :

BNSSA/BSB : BAFA :

Diplôme Fédéral : Spécialité : Année:.....

Diplôme Fédéral : Spécialité : Année:.....

FORMATION SPORTIVE

Quels sports pratiquez-vous?

1-.....En Club Compétition Loisirs

2-.....En Club Compétition Loisirs

3-.....En Club Compétition Loisirs

FORMATION PROFESSIONNELLE

Salarié(e):

CDI

CDD

Stagiaire de la formation professionnelle Etudiant Demandeur d'emploi

Autre (précisez)

Informations indispensables :

♦ N° sécurité sociale :

Caisse :

♦ Mutuelle :

♦ Assurance:..... N° sociétaire :

♦ Autre assurance : N° sociétaire :

⇒ **AUTORISATION:**



BFormation

Je soussigné(e),,
déclare :

- décharger les organisateurs de toute responsabilité d'accident qui pourrait survenir en dehors des heures de formation,
- autoriser le coordinateur ou les formateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (*hospitalisation, opération ...*)
- autoriser le coordinateur ou les formateurs à me filmer ou photographier.

⇒ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:**

Suivez vous un traitement médical ? oui non

↳ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

⇒ **ALLERGIES :**

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui
 non

Alimentaires : oui non Autres :

.....
↳ Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (*si automédication le signaler*) :

.....
.....
Difficultés de santé (maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
Signature (précédée de la mention « **lu et approuvé** »)