

## DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION BPJEPS MAPST



### Pièces à fournir au minimum 1 mois avant les TEP

- La fiche candidature complétée et signée
- 1 photos d'identité portant vos nom(s) et prénom(s) au verso, collée sur la fiche de candidature
- 1 enveloppe A4 Cartonnée timbrée au tarif en vigueur (pour envoi du diplôme)
- 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 (*Prévention et Secours Civiques de niveau 1*) ou équivalent
- Copie du recensement ou de la journée d'appel
- 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 50€ à l'ordre de Bigorra Sports 65, afin de valider votre inscription pour les TEP.

### **Documents spécifiques au BPJEPS MAPST :**

- 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 multi-activités propres à la formation choisie : Utiliser l'exemplaire joint - **OBLIGATOIRE** pour le passage des tests.

## FICHE DE CANDIDATURE FORMATION BPEJPS MAPST

PHOTO D'IDENTITE

Obligatoire

### **ETAT CIVIL :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Lieu et département de naissance : .....

Adresse : .....

.....

CP ..... VILLE .....

Portable : ..... Adresse @ : .....

Employeur : ..... Tél professionnel : .....

Médecin traitant : NOM : ..... VILLE : .....

Téléphone : .....

Bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH :  oui  non

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

#### **Scolaire :**

♦ Quel est votre dernier diplôme ou titre **préparé** :

..... Année : .....

♦ Quelle est votre dernière classe / année suivie :

..... Année : .....

♦ Quel est l'intitulé précis du dernier diplôme ou titre **préparé** :

..... Année : .....

♦ Quel est votre diplôme ou titre le plus élevé **obtenu** :

..... Année : .....

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

PSC : .....  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

### **SITUATION AVANT L'ANNEE DE FORMATION**

Salarié(e):

CDI

CDD

Stagiaire de la formation professionnelle  scolaire  étudiant  demandeur d'emploi

Autre (précisez).....

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :  oui  non

**Informations indispensables :**

- ♦ N° sécurité sociale : Caisse : .....
- ♦ Mutuelle : .....
- ♦ Assurance : ..... N° sociétaire : .....
- ♦ Autre assurance : ..... N° sociétaire : .....

## ⇒ 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, handicap), en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

## ⇒ AUTORISATION:

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.

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

# CERTIFICAT MEDICAL

(Daté de moins de 6 mois avant l'entrée en formation)

Je soussigné (e) .....

Docteur en médecine, demeurant .....

certifie avoir examiné ce jour :

Madame  Monsieur

NOM : .....

Prénom : .....

né (e) le : .....

à .....

Et n'avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique, à l'animation et à l'encadrement des multi-activités physiques et sportives pour tous : BPJEPS MAPST.

Ce certificat est établi pour faire valoir ce que de droit et remis en main-propre à l'intéressé (e).

Fait à : .....

Le : .....

Cachet et signature du médecin