



Dossier d'inscription 2024-2025
Brevet Professionnel de la Jeunesse de
l'Education Populaire et du Sport



JE DOIS COCHER 1 CASE

- BPJEPS APT** Educateur Sportif des Activités Physiques pour Tous
 BP JEPS AF Educateur Sportif des Activités de la Forme – Options Cours Collectif / Haltérophilie

1- INFORMATIONS PERSONNELLES :

Nom d'usage :
Nom de naissance :
Prénoms :
Date de naissance :
Ville et département de naissance :
Adresse :
Ville : **Code postal :**
Tél : **E-mail :**
Nationalité : **Sexe :** Homme Femme
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf.ve
Enfants à charge : 0 1 2 3 4 plus
Régime de protection sociale, vous êtes affilié(e) :
 Régime général - Numéro de Sécurité sociale :
Caisse de (adresse) :
 Autre régime (précisez) :
 Pas affilié(e) à titre personnel (ayant droit) :
Avez-vous une complémentaire santé (mutuelle, prévoyance ...) ? Oui Non

2- MON PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL :

Dernière classe/niveau suivi(e) :
 Diplôme obtenu le plus élevé (avec la spécialité) :
Avez-vous :
 PSC1 ou SST PSE1 ou autre
 BNSSA BAFA ou autre
 BPJEPS ou autre Diplôme fédéral



3-INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Actuellement je suis :

- Etudiant-e cursus suivi actuellement
 Sans activité professionnelle

Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Dernier emploi exercé :

Dates :

Employeur :

- Demandeur d'emploi
 Inscrit à France Travail ? Oui depuis le Non

N° identifiant France Travail :

Quelle indemnisation touchez-vous ? ARE RSA AAH

Autre(précisez) :

Date de fin d'indemnisation :

Salarié(e) :

Poste :

Depuis le : Contrat de travail : CDI CDD Autre

Nom de l'employeur :

Contacts (mail/tél) :

En formation (précisez) :

Etes-vous en congé de formation ? Oui Non

Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé ? Oui Non

(Si oui merci de joindre votre attestation RQTH)

Percevez-vous des indemnités journalières versées par votre régime de protection sociale : oui non

Etes-vous sportif de haut-niveau ? Oui Non



ALM Sport Formation - CFA Centre de Formation d'Apprentis Saint-Quentin - Hauts de France

Espace Cré@tis : Z.A. du Bois de la choque - 6 Avenue Archimède - 02100 SAINT-QUENTIN

Tél./Fax : 03 23 60 69 36 - Port. 06 87 39 71 79 - Site : www.alm-formation.fr - Mail : contact@alm-formation.fr



Sarl au capital de 5000 € - R.C.S. Saint-Quentin 790 633 838 - SIRET 790 633 838 00012 - NAF APE 8551 Z
TVA intra : FR 05 790 633 838 - Déclaration d'activité enregistrée sous le n° 22020113602 auprès du Préfet de région de Picardie.
CFA UAI 0022196 B

Qualiopi
processus certifié

■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
La certification qualité a été délivrée
au titre des catégories d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATION
ACTIONS DE FORMATION PAR APPRENTISSAGE

4- AUTRES INFORMATIONS :

Ma Pratique sportive :

- 1 : En club compétition loisirs
2 : En club compétition loisirs

Êtes-vous équipé d'un ordinateur portable ? : Oui Non

Votre mobilité : permis permis en cours voiture bus train vélo aucun

Votre hébergement : autonome parents grands-parents autres

Avez-vous un soutien familial : (parents, frère, sœurs, grands-parents) : Oui Non

INSCRIPTION AUX Tests d'Entrée Physiques BPJEPS APT (obligatoire pour l'entrée en formation):

Je souhaite m'inscrire aux TEP 2024 (tarif : 35€), Merci de cocher la date choisie :

- Mercredi 22 Mai 2024 Mercredi 19 Juin 2024
 Mercredi 04 Septembre 2024 Mercredi 23 Octobre 2024

Je souhaite m'inscrire à la préparation aux TEP 2024 (gratuit):

- Mercredi 05 Juin 2024 Mardi 09 Juillet 2024

J'ai déjà validé les TEP Date :

INSCRIPTION AUX Tests d'Entrée Physiques BPJEPS AF (obligatoire pour l'entrée en formation) :

Je souhaite m'inscrire aux TEP 2024 (tarif : 35€), Merci de cocher la date choisie :

- Mardi 25 Juin 2024 Lundi 16 septembre 2024

Je souhaite m'inscrire à la préformation AF 2024 (gratuit):

- Du 05 au 12 Septembre 2024 (3 journées à définir)

J'ai déjà validé les TEP Date :

A cocher obligatoirement, vaut pour signature :

- « Je certifie exact et sincère les renseignements exposés dans le dossier ci-dessus »

Date :

Nom-Prénom du candidat :



ALM Sport Formation - CFA Centre de Formation d'Apprentis Saint-Quentin - Hauts de France

Espace Cré@tis : Z.A. du Bois de la chocque - 6 Avenue Archimède - 02100 SAINT-QUENTIN

Tél./Fax : 03 23 60 69 36 - Port. 06 87 39 71 79 - Site : www.alm-formation.fr - Mail : contact@alm-formation.fr



Sarl au capital de 5000 € - R.C.S. Saint-Quentin 790 633 838 - SIRET 790 633 838 00012 - NAF APE 8551 Z

TVA intra : FR 05 790 633 838 - Déclaration d'activité enregistrée sous le n° 22020113602 auprès du Préfet de région de Picardie.

CFA UAI 0022196 B

Qualiopi
processus certifié

■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée
au titre des catégories d'actions suivantes :

ACTIIONS DE FORMATION
ACTIIONS DE FORMATION PAR APPRENTISSAGE

Pièces constitutives du dossier

- Fiche de candidature-inscription dûment remplie, datée et signée
- Une photo d'identité
- Copie carte d'identité recto-verso ou passeport en cours de validité
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives (**modèle à utiliser ci-joint**)
- Copie carte vitale et attestation de droits, récente (téléchargeable sur <https://www.ameli.fr/>)
- Lettre de motivation à l'intégration en formation (projet professionnel, avez-vous des structures susceptibles de vous accueillir et autres informations complémentaires)
- CV
- Copie des diplômes
- Copie du PSC1 ou équivalent (nous consulter, nous pouvons vous former)
- Pour les moins de 25 ans, photocopie de recensement et certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense
- 2 enveloppes timbrées au tarif en vigueur
- Paiement des TEP : 35 € (en espèces, règlement sur place au passage des TEP)
- Paiement des frais pédagogiques : 70 € (en espèces, règlement sur place le jour des positionnements)

Tout dossier incomplet ou remis après la date de clôture des inscriptions ne sera pas accepté.

- ❖ TEP le 22 mai 2024 : retour du dossier au plus tard le 13 mai 2024 (APT)
- ❖ TEP le 19 juin 2024 : retour du dossier au plus tard le 10 juin 2024 (APT)
- ❖ TEP le 04 septembre 2024 : retour du dossier au plus tard le 26 août 2024 (APT)
- ❖ TEP le 23 octobre 2024 : retour du dossier au plus tard le 14 octobre 2024 (APT)

- ❖ TEP le 25 juin 2024 : retour du dossier au plus tard le 17 juin 2024 (AF)
- ❖ TEP le 16 septembre 2024 : retour du dossier au plus tard le 05 septembre 2024 (AF)

Adresse retour dossier :

Voie postale ou mail :

ALM Sport Formation – CFA des métiers du sport et de l'Animation

Espace Créatis - ZA Bois de la Chocque - 6 avenue Archimède 02100 Saint-Quentin

secretariat@alm-formation.fr

Pour nous joindre :

Pôle Secrétariat : secretariat@alm-formation.fr

Pôle Formation BPJEPS APT : coordo@alm-formation.fr

Pôle Formation BPJEPS AF : legrandguillaume1@hotmail.fr



CERTIFICAT MEDICAL

EDUCATEUR SPORTIF

Les textes de référence

Article A212-178 du code du sport : "Toute personne exerçant ou désirant exercer les fonctions relevant de l'article [L. 212-1](#) doit être en mesure de présenter au service chargé de l'instruction du dossier de déclaration un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de ces activités physiques ou sportives datant de moins d'un an au jour du dépôt du dossier. Elle doit être en mesure de présenter à l'autorité administrative l'original du certificat médical présenté lors de la déclaration pendant la durée de validité de sa carte professionnelle."

Article A212-179 : "Lors du renouvellement de la déclaration, toute personne désirant poursuivre l'exercice des fonctions relevant de l'article [L. 212-1](#) produit un certificat de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques ou sportives datant de moins d'un an au jour du dépôt du dossier (...)."

Je soussigné(e),..... docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme, Mr et avoir constaté qu'elle ou il ne présente aucune contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement des activités physiques ou sportives.

Fait à, le / /

Cachet et Signature du médecin

Nom :
Prénom :
Qualification(s) :
Adresse :

Téléphone :
N°ADELI :

Certificat établi à la demande de l'intéressé (e) et remis en mains propres pour valoir ce que de droit