



BPJEPS AF : rentrée septembre 2020

BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT

Mention Activités de la Forme - Habilitation 17NPPHABBP40027

FICHE DE PRE-INSCRIPTION

BPJEPS AF

Nom :

Date de naissance : Ville et département de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Portable :

adresse-mail (écrire lisiblement en majuscule) :

Nationalité : Sexe : Homme Femme

Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé ? Oui Non

Etes-vous sportif de haut-niveau ? Oui Non

Formation scolaire et professionnelle (cocher le diplôme obtenu, barrer la mention inutile et donner le diplôme et l'année)

Baccalauréat : niveau ou diplômé.....

BEP/CAP : niveau ou diplômé

Cursus universitaire : niveau ou diplômé

Autres :

Autres : (cocher le diplôme obtenu et l'année)

PSC1 ou SST

PSE1 ou autre

BNSSA

BAFA ou autre.....

BPJEPS ou autre

Diplôme fédéral.....

Formation sportive :

Quel sport pratiquez-vous ? (en club, en compétition, en loisirs) :

.....

.....

Je sollicite mon inscription au BPJEPS AF. Je souhaite m'inscrire aux TEP du :

(Cocher une case) 26 Juin 29 Juin 28 Août 31 Août

Fait à, le

Certifié sincère et exact

Signature du candidat :



Vous êtes étudiant :

Cursus suivi actuellement :

Vous êtes sans activité :

Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Dernier emploi exercé :

Dates : Employeur :

Etes-vous demandeur d'emploi ? Oui Non

Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ? Oui depuis le Non

N° identifiant Pole emploi :

Quelle indemnisation touchez-vous ? ARE RSA Autre

Indiquer le nom de votre référent (pôle emploi, Mission locale, Cap emploi...) :

Vous êtes salarié :

Fonction :

Depuis le :

Contrat de travail : CDI CDD Autre

Etes-vous en congé de formation ? Oui Non

Employeur (nom et adresse) :

.....Tél :

Vos expériences professionnelles et/ou bénévoles dans le domaine sportif et l'animation :

Structures, nature du poste occupé, type de public dates et lieux :

.....
.....
.....
.....
.....

RGPD : Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD UE 2016/679), vous avez le droit de demander à consulter / corriger / vous opposer / exporter / supprimer le contenu des informations personnelles détenues dans notre système d'information ainsi que les traitements associés.

Pour accéder à vos données merci de nous envoyer un email à l'adresse contact@alm-formation.fr

Pour toute réclamation concernant l'exercice de vos droits vous pouvez nous adresser un courriel à l'adresse contact@alm-formation.fr ou nous appeler au : 03 23 60 69 36



Pièces constitutives du dossier

- Fiche de pré-inscription correctement remplie, datée et signée +1 Photo à coller
- 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 en stage 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
- 3 enveloppes timbrées au tarif en vigueur

Tout dossier incomplet ou remis après la date de clôture des inscriptions ne sera pas pris en compte
TEP le 26 ou 29 juin 2020 : retour du dossier au plus tard le 19 juin 2020
TEP le 28 ou 31 août 2020 : retour du dossier au plus tard le 21 août 2020
Clôture des inscriptions le 21 août 2020

Adresse retour dossier :

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

☎ 03.23.60.69.36 / ✉ alm-sport-formation@orange.fr

Ne rien inscrire – Réserve à l'organisme de formation

Etat du dossier : **Complet** **Incomplet**



Certificat médical de non contre-indication à la pratique
et à l'encadrement des activités physiques et sportives

Je soussigné (e),, Docteur en médecine

Certifie avoir examiné

M ou Mme.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication médicale décelable à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

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

Fait àLe.....

Signature et cachet du médecin