

<p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes</p>	<p>TREPLIN SPORT FORMATION Domaine de la Brunerie 180, Bd de Charavines 38500 VOIRON</p>	<p align="center">BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT</p> <p align="center"><i>Spécialité « Educateur Sportif »</i></p> <p align="center">Mention « ACTIVITES DE LA FORME »</p> <p align="center">Option « HALTEROPHILIE, MUSCULATION »</p> <p align="center">DOSSIER D'INSCRIPTION</p> <p align="center">ÉPREUVES DE SÉLECTION</p>	<p align="center">BPJEPS :</p> <hr/> <p align="center">Forme_sept18</p> <hr/> <p align="center">HALTEROPHILIE</p> <hr/> <p align="center">MUSCULATION</p>
---	---	---	--

Je soussigné(e) :

NOM : _____ / **Prénom :** _____

Epouse : _____ / **Nat. :** _____

Sexe : Féminin Masculin / N° Sécurité sociale : _____ - _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ / Lieu : _____ / Dép. : ____

Adresse : _____

Code postal : _____ / Ville : _____

Téléphone 1 : _____ / Téléphone 2 : _____

Mail : _____@_____

Niveau d'études : V IV III II I / Dernier Diplôme obtenu : _____

Situation : Célibataire marié(e) concubinage veuf divorcé(e) / Nombre d'Enfants à charge : _____

Date d'inscription aux TEP (CREPS Auvergne Rhône-Alpes) : _____

Sollicite mon inscription aux ÉPREUVES DE SÉLECTION du BP JEPS ACTIVITES DE LA FORME Option HALTEROPHILIE - MUSCULATION qui se dérouleront à TSF :

Mercredi 04 juillet 2018

Mercredi 18 juillet 2018

Contenu des sélections en ligne sur notre site internet www.treplinsport.fr

Fait à _____, le _____

Signature du candidat : _____

Dossier à déposer/envoyer à Tremplin Sport Formation
DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER : le 25/06/2018 (cachet de la poste faisant foi)

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- la présente demande d'inscription
- la « FICHE DE RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE » (jointe ci-après)
- 1 chèque de **50 €** pour les frais de dossier (à l'ordre de Tremplin Sport Formation)
- La ou les attestations justifiant de la satisfaction aux exigences préalables (TEP) fixées par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention du diplôme, ou du certificat complémentaire visé
- 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, passeport).
- 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 équipe de niveau 1 » (**PSE 1**) en cours de validité
 - « premiers secours en équipe 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 de la pratique des « activités de la forme » **datant de moins d'un an** à la date de l'entrée en formation **(sur l'imprimé joint)**
- le formulaire d'autorisation préalable de droit à l'image signé
- 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
- 4 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

Cadre réservé à l'organisme de formation

Dossier d'inscription aux TEP

Pièces vérifiées et dossier certifié complet

OUI

NON

Fait à le

1 VOTRE SITUATION A L'ENTREE EN STAGE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE NIVEAU DE FORMATION (cochez les cases qui correspondent à votre situation)

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6^e, 5^e, 4^e, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3^e ou première année de CAP ou BEP
- 2^e, 1^{ère} de l'enseignement générale ou 2^e année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1^{ère} ou 2^e année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- Classes de 2^e ou 3^e cycle de l'enseignement supérieur

Votre diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude primaire (CEP)
- Brevet des collèges (BEPC)
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau Bac + 2
- Diplôme de niveau Bac+3 ou plus

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 1^{er} degré option :délivré le __ / __ / __
- BEATEP option :délivré le __ / __ / __
- BPJEPS option :délivré le __ / __ / __
- BEES 2^e degré option :délivré le __ / __ / __
- DEFA option :délivré le __ / __ / __
- DIPLOME FEDERAUX :
.....délivré le __ / __ / __
- Autre : délivré le __ / __ / __

En cours de formation précisez :

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 A LA RECHERCHE D'UN EMPLOI ET APPARTENEZ A L'UNE DE CES CATEGORIES

- Vous êtes mère d'au moins trois enfants
- Vos êtes veuve, divorcée, séparée judiciairement depuis moins de trois ans
- Vous êtes célibataire et vous assumez seul(e) la charge d'au moins 1 enfant résidant en France
- Vous êtes une femme seule enceinte

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)

INVESTISSEMENT DANS LE MILIEU SPORTIF ET/OU ASSOCIATIF

Etes-vous licencié ? Oui Non Nom du Club..... Sport :

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 du Club

Renseignements relatifs au stagiaire :

Nom _____

Prénom _____

Téléphone professionnel _____

Adresse mail _____

Statut : salarié demandeur d'emploi autre _____**Renseignements relatifs au Directeur de la structure d'alternance et/ou à l'Employeur potentiel :**

Nom de la structure _____

Nom du responsable _____

Fonction _____

Adresse de la structure _____

Tél _____ Fax _____

Adresse mail _____

Numéro d'établissement APS : _____

Renseignements relatifs au Tuteur potentiel :

Nom du tuteur _____

Adresse professionnelle _____

Tél _____ Fax _____

Adresse mail _____

Fonction dans la structure _____

Diplômes du tuteur _____

Nombre d'années d'expérience _____

N° de carte professionnelle : _____

Signature et cachet de la structure

3 Projet de financement de la formation

DEMANDEURS D'EMPLOI

- Je bénéficie d'une prescription de la Région Rhône-Alpes pour cette formation
 D'une autre Région, laquelle ?.....
 Demande en cours auprès d'un organisme, lequel ?
 Financement personnel
 Autre :

SALARIES / ALTERNANTS

- Prise en charge dans le cadre du CIF, DIF/CPF, Plan de formation, contrat de professionnalisation
 Autre :.....
 Financement personnel

Où en êtes-vous dans vos démarches ?.....

4 Attestation de prise en charge financière de la formation

Je soussigné(e) _____ Fonction _____
Au sein de la structure _____
Atteste de la prise en charge financière de la formation De M ou Mme _____
Pour : Le montant total du coût de la formation Un montant de _____ € TTC
Fait à _____ Le ____/____/____

Signature et cachet de la structure

5 DROIT A L'IMAGE – Autorisation préalable

NOM : _____ Prénom : _____
FORMATION / STAGE _____
MAIL _____ TELEPHONE _____

- autorise n'autorise pas

- **Tremplin Sport Formation** à me photographier dans le cadre de ma formation et à utiliser mon image, sans limitation de durée, et à titre gratuit, pour les besoins de l'établissement, dans les supports internes et externes, et notamment dans les médias écrits ; les sites intranet et internet de Tremplin Sport Formation ; la photothèque de l'établissement

- **Tremplin Sport Formation** à utiliser les photos prises dans le cadre de toutes les manifestations de l'établissement.

Conformément à la loi Informatique et Liberté, je dispose d'un droit d'accès sur les données me concernant, que je peux exercer auprès de Tremplin Sport Formation, 180 Bd de Charavines – 38500 VOIRON

Fait à _____ le ____/____/____

Lu et approuvé
Signature

Pour le sujet mineur,
Signature du représentant légal

Rappel : Si le sujet d'une photographie ou d'une vidéo est une personne, elle possède le droit de s'opposer à l'utilisation de son image.

La législation distingue cependant deux cas de figure :

- si la personne est photographiée ou filmée de manière reconnaissable dans un lieu public ou privé, son autorisation est nécessaire avant toute diffusion publique quel que soit le support (dans la presse, dans un livre, sur une affiche ou un tract, **sur Internet** ou à la télévision).
- si le cliché ne permet pas de reconnaître la personne (notamment si elle est fondue dans la foule), son autorisation n'est pas nécessaire. **À noter** : si vous participez à une manifestation publique et que vous êtes photographié dans le défilé, l'image pourra être publiée dans la presse sans votre consentement en vertu du droit à l'information.

NOM : _____ **Prénom :** _____

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

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Formation :

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

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : _____

NOM : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : _____

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 : __ / __ / ____

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE – stagiaire mineurs

Nous soussignées, Madame, Monsieur :

Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille :

Au cas ou victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait le/...../....., A

Signature des parents ou du responsable légal :

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M.

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement des « activités de la forme », notamment musculation et fitness.

Fait à,

le

Cachet du Médecin

Signature du Médecin

7 TYPE D'HEBERGEMENT/RESTAURATION SOUHAITE

Pensionnaire Demi-pensionnaire Externe

8 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..... Dépt.....

A suivre la formation.....

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription

Fait à le

Signature du Père, de la Mère ou du Représentant Légal*

**Rayer les mentions inutiles*