

 <b>Liberté • Égalité • Fraternité</b> <b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes	 <b>TREPLIN SPORT FORMATION</b> <b>Domaine de la Brunerie</b> <b>180, Bd de Charavines</b> <b>38500 VOIRON</b>	<b>BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT</b> <i>Spécialité « Educateur Sportif »</i> <b>Mention « ACTIVITES DE LA FORME »</b> <b>Option « HALTEROPHILIE, MUSCULATION »</b> <b>DOSSIER D'INSCRIPTION</b> <b>EPREUVES DE SELECTION</b>	<b>BPJEPS :</b> Forme_sept19 <b>HALTEROPHILIE</b> <b>MUSCULATION</b>
--	---	--	---

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 ou de réussite aux TEP (CREPS Auvergne Rhône-Alpes) :**

**Sollicite mon inscription aux EPREUVES DE SELECTION du BP JEPS ACTIVITES DE LA FORME**

**Option HALTEROPHILIE - MUSCULATION qui se dérouleront à TSF - VOIRON :**

**Mercredi 03 juillet 2019**

**Session de rattrapage possible : le Mercredi 17 juillet 2019**

**Contenu des sélections en ligne sur notre site internet [www.tremplinsport.fr](http://www.tremplinsport.fr)**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du candidat :

**Dossier à déposer/envoyer à Tremplin Sport Formation**  
**DATE LIMITE D'ENVOI DU DOSSIER : le 26/06/2019 (cachet de la poste faisant foi)**

Personne à contacter pour tous renseignements : **Nadine CONTIGNON – Tél : 04 76 67 03 90**

Mail : [agff@tremplinsport.fr](mailto:agff@tremplinsport.fr)

## PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- la présente demande d'inscription ainsi que 2 photographies d'identités récentes
  - 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
  - Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit
  - 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 libellées à l'adresse du candidat
    - 1 enveloppe format 23 x 32 libellées à l'adresse du candidat
    - 1 carnet de timbres 20g tarif prioritaire (rouge)

**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 FORMATION

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

Votre dernière classe suivie :

- Primaire, 6<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, CPA, CPPN ou CLIPA
- 3<sup>e</sup> ou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>e</sup>, 1<sup>ère</sup> de l'enseignement générale ou 2<sup>e</sup> année de CAP ou BEP
- Terminale
- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>e</sup> année de DEUG, DUT, BTS, école des formations sanitaires et sociales.
- Classes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> degré option :.....délivré le \_\_ / \_\_ / \_\_
- BEATEP option :.....délivré le \_\_ / \_\_ / \_\_
- BPJEPS option :.....délivré le \_\_ / \_\_ / \_\_
- BEES 2<sup>e</sup> 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 percevrez 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 :

## 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*

## 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'encadrement des « activités de la forme », notamment musculation et fitness.

Fait à .....,

le .....

**Cachet du Médecin**

**Signature du médecin**