

 <p><b>TSF</b> TREMPLIN SPORT FORMATION</p>	<p><b>TSF</b> <b>Domaine de la</b> <b>Brunerie</b> <b>180, Bd de</b> <b>Charavines</b> <b>38500 VOIRON</b></p>	<p><b>Certificat de qualification professionnelle</b></p> <p><b>« Animateur de loisirs sportifs »</b></p> <p style="text-align: center;">+</p> <p><b>Certificat de qualification professionnelle</b></p> <p><b>« Animateur périscolaire »</b></p>	 <p><b>ufolep</b> TOUS LES SPORTS AUTREMENT RHÔNE-ALPES</p>
		<p><b>DOSSIER D'INSCRIPTION</b></p>	 <p>la ligue de l'enseignement F.O.L. de l'ère</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 :** \_\_\_\_

**Sollicite mon inscription à la formation**

**CQP « Animateur de loisirs sportifs » + CQP « Animateur Périscolaire » + module « savoir être »**

**ou**

**CQP « Animateur de loisirs sportifs » + module « savoir être »**

, qui se déroulera du 28/09/2017 au 26/06/2018.

Fait à ,...../.../..... le .....

**Signature du candidat :**

**Dossier à déposer/envoyer à l'association Tremplin Sport Formation  
(cachet de la poste faisant foi)**

**DATE DE CLOTURE DES INSCRIPTIONS : 25 Aout 2017**

Personne à contacter pour tous renseignements :

Mélanie DAVID – Tél : 04 76 67 03 91 – Mail : [pc@tremplinsport.fr](mailto:pc@tremplinsport.fr)

## PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER

- la présente demande « DOSSIER D'ISCRPTION »
- la « FICHE DE RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE » (jointe ci-après)
- 2 photographies d'identités récentes, dont une agrafée sur la présente demande
- 1 photocopie : soit du livret de famille, soit de la carte nationale d'identité, soit du passeport, soit de l'extrait d'acte de naissance
- pour les candidats et les candidates âgés de moins de 25 ans, une photocopie du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté, (ne pas confondre avec l'attestation de recensement)
- Attestation PSC1 à nous transmettre (si vous en êtes titulaire)**
- 1 certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives, datant de moins d'un an **à la date d'entrée en formation** (sur l'imprimé joint)
- une attestation de pratique d'activités physiques de loisirs ou de performance sur une durée minimale de 140 heures en lien avec la mention choisie dans les 3 dernières années précédant l'inscription
- 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)
- 2 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
- 1 chèque de **50 €** pour les frais de dossier (à l'ordre de Tremplin Sport Formation)

## 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<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

Inscrit à Mission locale :  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

Vous n'avez jamais travaillé

L'allocation de Solidarité Spécifique

### **VOTRE REFERENT :**

Nom- Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Ville Mission locale ou Pole emploi : .....

### **VOUS ETES SALARIE**

Emploi : .....

Type de contrat :  CUI/CAE  Emploi d'avenir  CDD  CDI  Contrat de Professionnalisation

CEE  Fonctionnaire  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

### **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 à l'alternant :**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

**Renseignements relatifs à l'Employeur potentiel :**

Nom de la structure \_\_\_\_\_

Type de structure : Association loi 1901, société, collectivité territoriale,...

Nom du responsable \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse de la structure \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Personne à contacter :

Nom :

Tél :

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 Situation de l'alternant

#### SALARIES / ALTERNANTS

- Prise en charge dans le cadre du  CIF,  DIF/CPF,  Plan de formation,  contrat de professionnalisation,  
 CUI/CAE,  Emploi d'avenir  
 Autre : .....  
 Financement personnel

#### 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 : .....  
**Où en êtes-vous dans vos démarches ? .....**

### 4 Prise en charge financière de la formation

Je soussigné(e) ..... Fonction .....

Au sein de la structure .....

Atteste avoir :

1. Adhéré à Uniformation : OUI- NON
2. Fait la demande de prise en charge auprès d'Uniformation – OUI – NON

D'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 pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait à .....,

Le .....

**Signature et cachet obligatoire :**



## 7 TYPE D'HEBERGEMENT/RESTAURATION SOUHAITE

Pensionnaire       Demi-pensionnaire       Externe

## 9 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*

**ACCUSE DE RECEPTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE**

**NOM :**.....

**PRENOM :**.....

**FORMATION CQP « animateur de loisir sportif » et CQP « Périscolaire »**

**Pièces manquantes : (à compléter pour le ..... /..... /.....)**

**DOSSIER INSCRIPTION TSF**

- 2 photographies d'identités
- 1 photocopie soit de la carte nationale d'identité (recto, verso) en cours de validité,  
soit du passeport en cours de validité,  
soit du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance
- 1 photocopie du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté
- 1 certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités physiques et sportives daté de moins de 1 an à la date d'entrée en formation
- 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 chèque de 40 € pour les frais de dossier (à l'ordre de l'Association Tremplin Sport Formation)

**Dossier, reçu le...../...../.....**

**La convocation vous parviendra ultérieurement**