

 <p>LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p> <p>MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE</p>	<p>DIRECTION REGIONALE ET DEPARTEMENTALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE AUVERGNE-RHÔNE- ALPES</p> <p>245 Rue Garibaldi 69422 Lyon cedex 03 ☎ 04.78.60.40.40</p>	 <p>CFA Sport et Animation Rhône-Alpes</p>	<p>BREVET PROFESSIONNEL JEPS</p> <p>Spécialité « Educateur Sportif »</p> <p>Mention « ACTIVITES DE LA FORME » Option « HALTEROPHILIE, MUSCULATION »</p> <p>Sous réserve d'habilitation par la <u>DRDJSCS</u></p>	<p>Photo</p> <p>(à coller)</p>
---	--	--	--	--------------------------------

DOSSIER D'INSCRIPTION A RETOURNER COMPLET A L'ORGANISME DE FORMATION :

TREMLIN SPORT FORMATION
Campus la Brunerie – 180 Boulevard de Charavines – 38500 VOIRON
04.76.67.03.90

Date limite de retour du dossier : 01/07/2021

ATTENTION : LES PIECES MANQUANTES NE SERONT PAS RECLAMEES :

Les dossiers incomplets ou hors délai seront classés sans suite et la demande d'inscription ne sera pas transmise à la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes

Je soussigné(e) :

NOM : _____ **Prénoms :** _____

NOM D'USAGE : _____ **Nat. :** _____

Sexe : Féminin Masculin

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

Adresse permanente : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Courriel : _____@_____

N° Téléphone : _____

N° Sécurité sociale / _____ - / ____

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

Date d'inscription ou de réussite aux TEP (CREPS Auvergne Rhône-Alpes) : __ / __ / ____

Sollicite mon inscription au BP JEPS ACTIVITES DE LA FORME Option Haltérophilie, Musculation qui se déroulera à TSF – VOIRON.

Fait à _____, le _____

Signature du candidat :

PIECES OBLIGATOIRES POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

la présente demande d'inscription ainsi que 2 photographies d'identités récentes dont une à coller sur le dossier

La ou les attestations justifiant de la satisfaction aux exigences préalables (TEP ou autres certifications) fixées par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention du diplôme.

S'il y a lieu, une photocopie de tout diplôme accordant par équivalence certaines uc.

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 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 à la pratique et à l'encadrement des « activités de la forme » **datant de moins d'un an** à la date d'entrée en formation (selon le modèle en page 9)

Autorisation parentale de suivi de formation pour stagiaire mineur (page 5)

le formulaire d'autorisation préalable de droit à l'image signé (page 7)

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

Personne à contacter pour tous renseignements : Nadine CONTIGNON – Tél : 04 76 67 03 90
Mail : agff@treimplinsport.fr

Cadre réservé à l'Organisme de Formation
Pièces vérifiées et dossier certifié complet
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fait leà.....

● 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^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

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

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 :

● FICHE DE RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

Renseignements relatifs à l'apprenti(e) :

Nom _____
Prénom _____
Téléphone professionnel _____
Adresse mail _____

Renseignements relatifs à l'Employeur potentiel :

Nom de la structure _____
Nom du responsable _____
Fonction _____
Adresse de la structure _____
Tél _____ Fax _____
Adresse mail _____

N° SIRET de la structure d'alternance ou structure employeur

Renseignements relatifs au maître d'apprentissage 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 : _____

Fait le :

A :

Signature et cachet de la structure

● **Autorisation Parentale**

**AUTORISATION PARENTALE DE SUIVI DE FORMATION
pour stagiaire mineur**

Je soussignée Madame, Monsieur, Mademoiselle*

.....

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Agissant en qualité de Père – Mère - Représentant Légal*

Autorise Monsieur, Madame, Mademoiselle*

Né(e)le...../...../.....à Dépt.....

A suivre la formation BP JEPS ACTIVITES DE LA FORME Option HALTEROPHILIE, MUSCULATION au sein de Tremplin Sport Formation – Voiron

Sur la période du 2021 au 2022

Fait à le

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

**Rayer les mentions inutiles*

● Fiche d'urgence

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 : __ __ / __ __ / ____ Mail :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : __ __ / __ __ / ____ Mail :

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 :

● Droit à 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.

● **Type d'hébergement / restauration souhaité**

- Pensionnaire Demi-pensionnaire Externe

● **Vous êtes en situation de handicap, souhaitez-vous demander des aménagements ?**

- Non concerné
 Oui (dans ce cas merci de nous contacter au 04 76 67 03 90 ou agff@treplinsport.fr)

Comment avez-vous eu connaissance de la formation organisée par TREPLIN SPORT FORMATION ?

- site web www.treplinsport.fr ou autre site, précisez.....
 salon étudiant ou professionnel
 réseau personnel, précisez.....
 ancien stagiaire TSF
 autres, précisez.....

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 de la forme ».

Fait à,

le

Signature et cachet obligatoire

