

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE**  
**DE L'EDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT « EDUCATEUR SPORTIF »**

**Mention : ACTIVITES DE LA FORME**

**Date limite de dépôt de dossier : Vendredi 23 août 2024**

**1 – A COMPLETER**

<input type="checkbox"/>	Madame	<input type="checkbox"/>	Monsieur		
<b>NOM :</b> .....					
<b>PRENOM :</b> .....					
<b>EN SITUATION DE HANDICAP :</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Oui</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Non</b>
<small>(Notre référent handicap peut vous orienter : DELPORTE Bryan 0658486513)</small>					

<b>PHOTO</b>
<b>D'IDENTITE</b>
<b>A</b>
<b>COLLER</b>
<b>Obligatoire</b>

- Vous effectuez la formation dans le cadre d'un Projet Transition Professionnelle  
/ Joindre impérativement la copie de votre dossier de demande de prise en charge auprès du Conseil Régional Hauts de France
- Vous effectuez la formation dans le cadre d'un Contrat de professionnalisation ou d'un Contrat d'Apprentissage,  
/ Joindre impérativement la copie de votre dossier de demande de prise en charge auprès d'un OPCO ou Collectivité
- Un organisme (club, fédération, association...) prend en charge tout ou une partie des frais de formation,  
/ Joindre impérativement une attestation de prise en charge avec cachet et signature du responsable de l'organisme
- Vous prenez en charge à titre individuel les frais pédagogiques de la formation (devis possible sur demande)  
/ Joindre impérativement le règlement des frais de formation à l'ordre de l'Association Profession Sport dans le Pas de Calais

**Dossier à renvoyer à l'adresse suivante :**

**Association Profession Sport 62**  
**Maison des Sports du Pas de Calais**  
**09, Rue Jean Bart**  
**62 143 ANGRES**

## 2 – PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT (Aucun dossier ne sera recevable sans ces pièces)

- Deux photos d'identité (écrire votre nom / prénom au dos),
- Un justificatif de domicile,
- La photocopie de votre Carte Nationale d'identité (pour les étrangers : Carte de Séjour),
- Attestation de Sécurité Sociale en cours de validité (à retirer auprès de votre caisse d'assurance maladie),
- Attestation d'assurance à responsabilité civile (à retirer auprès de votre compagnie d'assurance habitation),
- Une photocopie de votre PSC 1 ou AFPS ou PSE1 ou PSE2 ou AFGSU ou Sauveteur Secouriste au Travail,
- Un Curriculum vitae et une lettre de motivation,
- Un certificat médical de non contre-indication à la « **pratique des activités de la forme** » datant de moins de 3 mois. (Utiliser le modèle joint obligatoirement),
- Un chèque de 30€** correspondant aux frais de constitution et de gestion de dossier qui restera acquis à l'établissement (Ordre : Association Profession Sport 62),
- Les justificatifs de votre prise en charge financière,
- Copie de tout titre ou diplôme obtenu (scolaire, universitaire, sportif...).
- L'attestation des TEP (Tests aux Exigences Préalable) si détenteur.

### **Pour les moins de 25 ans :**

- Une photocopie du Certificat individuel de participation à la journée d'Appel de Préparation à la Défense / Journée Défense Citoyenneté.

### **Pour les demandeurs d'emploi :**

- Un avis de situation de Pôle Emploi (disponible dans votre espace personnel),

N° Pôle emploi :

### **Pour les bénéficiaires du RSA :**

Le numéro d'identifiant :

### **Pour les personnes en situation de handicap :**

- Une copie de votre notification MDPH (*Maison Départementale pour les Personnes Handicapées*).

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

**SPECIALITE EDUCATEUR SPORTIF MENTION ACTIVITES DE LA FORME**

**CERTIFICAT MEDICAL**

*(Daté de moins de trois mois à la clôture des inscriptions)*

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE – INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DES  
« ACTIVITES DE LA FORME »**

Je soussigné (e),

.....

Docteur en médecine, demeurant (ou cachet) :

.....

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Madame, Melle,

.....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à

***La pratique et l'enseignement des Activités de la Forme***

A ..... Le .....20...

(Cachet et n° d'inscription à l'ordre des médecins et signature **obligatoires**)

**3 – SITUATION PROFESSIONNELLE EN ENTREPRISE (à faire remplir par le responsable de structure)**

Nom et Prénom du Stagiaire ou Apprenti : .....

STRUCTURE ENVISAGEE :

Dénomination :

Statut :

Domaine d'activité principal :

N° d'agrément Jeunesse et Sport :

SIRET :

Code APE :

Convention Collective :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Nom du Président :

Mail : .....@.....

TUTEUR OU MAÎTRE D'APPRENTISSAGE ENVISAGE :

Madame, Monsieur,

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Mail : .....@.....

Fonction Actuelle :

Diplôme sportif en lien avec le métier (joindre copie du diplôme et carte professionnel) :

ACTIVITE ENVISAGEE :

Lieu (x) des interventions :

Volume horaire par semaine :

Type de public :

Fait le : ...../...../.....

A : .....

**Accord sur le principe de l'accueil envisagé du stagiaire** (cachet et signature du responsable de la structure)

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis** (signature du candidat)

<b>Je soussigné (e),</b> Mme, Mr, ..... (nom de naissance)	
Prénom : ..... Nom d'usage : .....	Photo d'identité
Nationalité : ..... Sexe : .....	
Date de naissance : ...../...../..... à .....( )	

**Adresse du candidat :**

.....

.....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

Adresse mail (**obligatoire**) : .....@.....

**Niveau d'études ou de formation** : Préciser les options ou mentions et dates d'obtention

Niveau 6 CAP	Niveau 5 BEP	Niveau 4 BAC	Niveau 3 DEUG-DUT-BTS	Niveau 2 LICENCE-MAITRISE	Niveau 1 BAS+5 et +	Autres diplômes

Dernier diplôme obtenu :

Dernière classe fréquentée :

**Diplômes de la Jeunesse et Sports** : préciser les option ou mention et dates d'obtention

Diplôme fédéral	BAFA	BAFD	B.A.S.E	BAPAAT	BEES	BEATEP
DEFA	DEDPAD	BP JEPS	AUTRES DIPLOMES			

**Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis**

**Signature du candidat**

Fait à ....., le .....

Obligation : Selon l'article R.212-87 du Code du Sport « Toute personne suivant une formation préparant à un diplôme, un titre à finalité professionnel ou un certificat de qualification, qui souhaite exercer l'une des fonctions mentionnées au premier alinéa de l'article L.212-1, doit en faire préalablement la déclaration au préfet de département dans les conditions prévues à l'article R.212-85 » Le préfet délivre une attestation de stagiaire (décret n°93-1035 du 31/08/1993, article.13-1)

**Cocher le lieu de formation de votre choix**

Lieu : A DEFINIR

Dates extrêmes : A DEFINIR

Dossier à rendre avant le : VENDREDI 23 AOÛT 2024

Test aux Exigences Préalables déjà obtenus

OUI

NON

Si oui : Nom de l'organisme de formation : ..... Date :...../...../.....

Inscription **à l'option A** « COURS COLLECTIFS »

Inscription **à l'option B** « HALTEROPHILIE / MUSCULATION »

**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU ARRIVE HORS DELAI SERA RETOURNE ET L'INSCRIPTION NE SERA PAS VALIDEE**

**(RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT TOUTES LES RUBRIQUES)**

Droit d'accès et de rectification : en vertu du Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent par mail auprès de [prosport.rt@sport62.fr](mailto:prosport.rt@sport62.fr). Conservation des données : les données sont conservées durant le temps légal réglementaire imposé aux Opérateurs de Formation - Pour aller plus loin : <https://www.cnil.fr>