

Organisme de Formation / Centre de Formation d'Apprentis
N° 31620259362/ N°UAI 0624500E
<https://www.profession-sport-62.fr/>

DOSSIER INSCRIPTION
TESTS D'EXIGENCES PREALABLES DU BPJEPS
Mention : ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS

1 – A COMPLETER

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	PHOTO D'IDENTITE A COLLER Obligatoire
NOM :		
PRENOM :		
EN SITUATION DE HANDICAP : Oui Non		
<small>(Notre référent handicap peut vous orienter : DELPORTE Bryan 0658486513)</small>		

<p><u>Lieu</u> : MERICOURT</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Date</u> : Vendredi 14 juin 2024 <u>Dossier à rendre avant le</u> : Mercredi 12 juin.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Date</u> : Vendredi 26 juillet 2024 <u>Dossier à rendre avant le</u> : Mercredi 24 juillet.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Date</u> : Vendredi 23 août 2024 <u>Dossier à rendre avant le</u> : Mercredi 21 août.</p>	<p><u>Lieu</u> : WIMILLE</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Date</u> : Lundi 8 juillet 2024 <u>Dossier à rendre avant le</u> : Vendredi 5 juillet.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Date</u> : Vendredi 30 août 2024 <u>Dossier à rendre avant le</u> : Mercredi 28 août.</p>
---	--

Dossier à retourner 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)

- Une photo d'identité (A coller sur 1^{ère} page)
- Un justificatif de domicile,
- La photocopie de votre Carte Nationale d'identité (pour les étrangers : Carte de Séjour),
- Un certificat médical de non contre-indication à la « **pratique et à l'enseignement des activités physiques pour tous** » 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),
- Copie de tout titre ou diplôme obtenu (scolaire, universitaire, sportif...).

Pour les personnes en situation de handicap :

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

Je soussigné (e), Mme, Mr, (nom de naissance)

Prénom :..... Nom d'usage :.....

Nationalité :..... Sexe :.....

Date de naissance :...../...../..... à()

Adresse du candidat :

.....

.....

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

Téléphone :/...../...../...../.....

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

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Signature du candidat

Fait à, le

TESTS D'EXIGENCES PREALABLES DU BPJEPS

Mention : ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS

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 PHYSIQUES POUR TOUS

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 physiques pour tous

A Le2023

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



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. Conservation des données : les données sont conservées durant le temps légal réglementaire imposé aux Opérateurs de Formation - Pour aller plus loin : <https://www.cnif.fr>