

Dossier d'inscription

FORMATION CQP ALS 2019

PHOTO

Toutes les rubriques doivent être dûment renseignées.

Renseignements généraux :

Je soussigné(e),

Sexe : Masculin Féminin

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : E-mail :

Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale :

N° identifiant Pôle Emploi ou Mission Locale :

Renseignements complémentaires :

Situation actuelle :

Etudiant Apprenti Employé (CDD ou CDI) Demandeur d'emploi Autre :

Dernière classe fréquentée :

Diplôme le plus élevé obtenu (joindre la copie) :

BEPC / Brevet des Collèges CAP / BEP BAPAAAT BAC / BAC PRO BTS BEES 1° / BPJEPS

Autres :

Diplômes fédéraux et / ou d'Etat obtenus (joindre les copies) :

.....

Comment avez-vous connu Innova Formation ?

Site internet

Réseaux sociaux

Bouche à oreille

Association ou club

Autre(s) (précisez) :

Sollicite

MON INSCRIPTION À LA FORMATION CQP ALS

Pièces OBLIGATOIRES à fournir :

- La présente demande d'inscription complétée **d'une photographie**
- Une photocopie recto / verso d'une pièce d'identité **en cours de validité** (carte nationale d'identité, livret de famille, passeport)
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives datant **de moins d'un an** (modèle ci-joint)
- Une attestation de 140 heures de pratique dans les activités de sports collectifs, de raquette ou d'opposition (modèle joint)
- Un règlement de 60€** : frais de traitement du dossier administratif (à joindre au dossier, non remboursable)
- Une copie recto / verso de la carte vitale et attestation de droits à la Sécurité Sociale (compte Ameli)
- Une attestation de Responsabilité Civile (voir avec votre assurance habitation ou votre banque)
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) [<https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>]
- Si vous bénéficiez d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, joindre l'avis d'un médecin agréé par les FF handisport ou de sport adapté ou d'un médecin désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée.
- Un curriculum vitae

A retourner à :

INNOVA FORMATION
30 rue du 35^{ème} régiment d'aviation
69500 BRON

Fait à :

Le : / / 2019

Signature du candidat

Cadre réservé à l'Organisme de Formation

Dossier d'inscription à la formation

Pièces vérifiées et dossier certifié complet

- OUI
- NON

Fait à : le : / / 2019

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), Docteur en Médecine _____, certifie avoir examiné
ce jour, Monsieur / Madame (rayer la mention inutile) _____
et avoir constaté qu'il / elle (rayer la mention inutile) ne présente aucune contre-indication apparente à la
pratique et à l'enseignement de sports ludiques (jeux d'oppositions, sports collectifs et jeux de raquettes).

Fait à : _____, le : ____ / ____ / 2019

Cachet du Médecin

Signature du Médecin

ATTESTATION

Je soussigné(e), (Nom - Prénom) _____, Président(e) de (club) _____
_____ certifie que (Nom - Prénom) _____
_____ a effectué + de 140 heures de pratique dans
les activités de sports ludiques (jeux d'oppositions, sports collectifs et jeux de raquettes).

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à : _____, le : ____ / ____ / 2019

Signature