

# Dossier d'inscription

## FORMATION BPJEPS APT 2021

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 : .....

#### Coordonnées du responsable légal (si candidat mineur) :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

### Renseignements complémentaires :

Situation actuelle :

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

**BAFA** (joindre la copie)

Partie théorique  Partie pratique  Partie approfondissement

**PSC 1**

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

.....

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) :  Oui  Non

### 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 BPJEPS MENTION APT**

Attention, vous devez vous inscrire au TEP en parallèle de votre inscription à la formation si vous êtes dispensé merci de nous faire parvenir les équivalences.  
> TEP organisés par «CREPS AUVERGNE RHÔNE ALPES VPA»  
Il est de votre responsabilité de faire les démarches nécessaires à votre inscription aux TEP

**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)
- Une photocopie de votre **PSC1** (ou équivalent : **AFPS, SST**) en cours de validité ou avec recyclage à jour [Attention : l'attestation alertes et 1er secours effectuée lors de la JAPD/JDC n'a pas de valeur d'équivalence]
- 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)
- Un curriculum vitae
- Une photocopie du certificat individuel de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (ex J.A.P.D) **ou** une photocopie de l'attestation de recensement (si vous êtes âgé(e) de moins de 25 ans)
- 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.
- Une copie des diplômes professionnels des métiers du sport (CQP, BPJEPS, DEJEPS,...)

**A retourner à :**

**INNOVA FORMATION**  
**30 rue du 35<sup>ème</sup> régiment d'aviation**  
**69500 BRON**

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / 2021

**Signature du candidat**

<b>Cadre réservé à l'Organisme de Formation</b>
<b>Dossier d'inscription à la formation</b> Pièces vérifiées et dossier certifié complet <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fait à : ..... le : ..... / ..... / 2021

# 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 des activités sportives.

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021

Cachet du Médecin

Signature du Médecin