

# Dossier d'inscription

## Prépa BPJEPS 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 PRÉPA BPJEPS

**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 attestation de Responsabilité Civile
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) [ <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml> ]
- Une copie recto / verso de la carte vitale et attestation de droits à la Sécurité Sociale
- Un curriculum vitae
- Un RIB
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités physiques et sportives datant **de moins d'un an (cf modèle)**
- 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.

**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