

**Dossier d'inscription BPJEPS**  
**Activités Physiques pour Tous**  
*Septembre 2024 – Juillet 2025*

Photo d'identité  
à coller ici

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ N° Département : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

TEL 1 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TEL 2 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-MAIL (en majuscules) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° DE SECURITE SOCIALE : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence prévenir : Mr/Mme \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SITUATION PERSONNELLE :**

- Bénéficiez-vous d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé ? OUI / NON

Si oui, joindre une copie du document l'attestant.

- Etes-vous une personne en situation de handicap ? OUI / NON

**MOBILITE PERSONNELLE :**

- Avez-vous le permis de conduire (permis B) : OUI / NON

- Avez-vous votre propre véhicule : OUI / NON

Si non, quel moyen de transport utiliserez-vous pour vous rendre en formation ? \_\_\_\_\_

**MATERIEL :**

- Possédez-vous votre propre ordinateur portable : OUI / NON

- Avez-vous accès à internet à votre domicile : OUI / NON

Je soussigné(e) Mr/Mme \_\_\_\_\_

solicite mon inscription à la formation BPJEPS APT et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SIGNATURE :

**QUELLE EST VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE : (plusieurs choix possible)**

- **Salarié** : OUI / NON

*Si oui, précisez les informations suivantes :*

→ Le nom de l'entreprise, association... : \_\_\_\_\_

→ Date d'embauche dans cette structure : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

→ Votre temps de travail hebdomadaire : \_\_\_\_\_ heures par semaine

- **Travailleur indépendant** : OUI / NON

*Si oui, précisez les informations suivantes :*

→ Le nom de votre structure : \_\_\_\_\_

→ Date du début d'activité : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- **En recherche d'emploi** : OUI / NON

*Si oui, précisez les informations suivantes :*

→ Etes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi ? OUI / NON

→ Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

→ Percevez-vous des indemnités de Pôle Emploi : OUI / NON

Si oui, jusqu'à quelle date ? Fin de droit prévue le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

→ Etes-vous inscrit à la Mission Locale Jeune ? OUI / NON

→ Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

→ Percevez-vous des indemnités de la Mission Locale Jeunes : OUI / NON

Si oui, jusqu'à quelle date ? Fin de droit prévue le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Avez-vous pensé à informer votre conseiller à l'emploi (pôle emploi ou mission locale jeune) ou votre employeur, de votre projet de formation ? OUI / NON

Si non, faites-le rapidement.

- **Etudiant** : OUI / NON
- **Autre** (préciser) : \_\_\_\_\_

### GRACE A QUEL FINANCEMENT PENSEZ-VOUS SUIVRE CETTE FORMATION ?

- Financement personnel (sur vos fonds propres) : OUI / NON
- Financement région Auvergne Rhône-Alpes (CARED, API...) :  
→ Demandé : OUI / NON (si oui, joindre le document l'attestant)  
→ Accepté : OUI / NON (si oui, joindre le document l'attestant)
- Financement Pôle Emploi (Aide Individuel à la Formation ? Action de Formation Conventionnée ? Dispositif Contrat de Sécurisation Professionnelle - accompagnement licenciement économique...)  
→ Demandé : OUI / NON (si oui, joindre le document l'attestant)  
→ Accepté : OUI / NON (si oui, joindre le document l'attestant)
- CPF, dossier de transition professionnelle, congé individuel de formation :  
→ Demandé : OUI / NON (si oui, joindre le document l'attestant)  
→ Accepté : OUI / NON (si oui, joindre le document l'attestant)
- Contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, contrat PEC ...  
Dans ce cas possédez-vous votre employeur potentiel ?
  - Oui (si oui, joindre un document l'attestant)
  - Non
- Aide SESAME (ou autre à préciser...) : OUI / NON

Autre, à préciser :

Avez-vous une information particulière à nous mentionner concernant l'aspect financier ?

---

---

---

## Vos diplômes

**- Avez-vous réussi les Tests d'Exigences Préalables (TEP) obligatoire pour s'inscrire au BPJEPS APT ?**

Si oui, merci de préciser la date et le lieu de votre session : à \_\_\_\_\_ le / /

Si non, pour quelle session êtes-vous inscrit(e) : à \_\_\_\_\_ le / /

- Etes-vous titulaire d'un Brevet d'Etat ou du BEES 1 ?

Oui (lequel et joindre une photocopie) :

Non

- Etes-vous titulaire d'un BAFA-BAFD ?

Oui (lequel et joindre une photocopie) :

Non

- Etes-vous titulaire d'une validation d'acquis d'expérience (VAE) pour certaines des unités d'enseignement du BPJEPS ?

Oui (lequel et joindre une photocopie) :

Non

- Etes-vous déjà titulaire d'un BPJEPS ou de certaines unités capitalisables ?

Oui (lequel/lesquels et joindre une photocopie) :

Non

- Etes-vous titulaire d'un des diplômes suivants en cours de validité : PSC 1, AFPS, PSE 1 ou 2, FGSU 1 ou 2, SST (obligatoire pour rentrer en formation) ?

Oui (joindre la photocopie du diplôme)

Non

*NB : nous avons la possibilité de vous inscrire sur des sessions de PSC 1.  
Nous contacter pour plus de précisions.*

- Etes-vous titulaire d'un ou plusieurs diplômes fédéraux ?

Oui (lequel/lesquels et joindre une photocopie) : \_\_\_\_\_

Non

### Votre parcours

Activités sportives pratiquées (en club, en loisirs...)	Quand ? (dates de début et de fin)	Quel niveau ? (débutant, amateur, haut-niveau)

- Quels sont vos diplômes scolaires acquis ? (merci de nous en fournir une copie de chaque)

Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s)	Année(s)

- Ou bien à quel niveau avez-vous arrêté votre scolarité ?

---

- Avez-vous déjà encadré des activités sportives et/ou participé à des actions d'animation ?

Oui (si oui, précisez le contexte de vos expériences)

Non

---

---

---

**L'alternance pratique en entreprise est obligatoire.**

*Merci de nous fournir les coordonnées exactes de votre structure d'accueil ainsi que celles de vos tuteurs de stage / maître d'apprentissage, accompagnées de leurs qualifications (diplômes dans le champs du sport au moins équivalent au niveau BPJEPS).*

*Joindre également la convention d'alternance dûment remplie.*

**Si vous devez intervenir dans plusieurs structures, merci de remplir une fiche par structure.**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

NOM DE LA STRUCTURE D'ALTERNANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOM DU RESPONSABLE : \_\_\_\_\_

E-MAIL DU RESPONSABLE (en majuscules) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**ACTIVITES QUI SERONT PRATIQUEES AU SEIN DE LA STRUCTURE PENDANT VOTRE ALTERNANCE :**

\_\_\_\_\_

Nous vous rappelons les prérequis du BPJEPS APT (multiactivités et approche tous publics)

NOM ET PRENOM DU TUTEUR / MAITRE D'APPRENTISSAGE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-MAIL (en majuscules) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

NUMERO DE CARTE PROFESSIONNELLE (obligatoire) : \_\_\_\_\_ ED \_\_\_\_\_

(Joindre une copie de la carte professionnelle du tuteur/maître d'apprentissage)

DIPLÔME(S) OBTENU(S) DANS LE CHAMPS DU SPORT :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Pièces à joindre pour valider toute demande d'inscription

- Pages 2 à 6 complétées rigoureusement et sans oubli
- Photocopie : soit de votre **carte nationale d'identité** (*recto verso*) en cours de validité, soit de votre **passport** en cours de validité, soit de votre **extrait d'acte de naissance** ou, pour les personnes de nationalité étrangère, la copie (*recto-verso*) de votre **titre de séjour en cours** de validité.
- Documents justifiant le financement de votre formation
- Pour les moins de 25 ans, photocopie du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense.
- Photocopie de chaque diplôme(s) obtenu(s) dans le champ du sport et de l'animation mentionné(s) en page 5
- Photocopie du diplôme relatif au secourisme en cours de validité ou preuve d'inscription à une session de formation demandé en page 5. (*attention, l'attestation d'initiation aux alertes et aux premiers secours effectuée lors de la journée d'appel de préparation à la défense n'est pas acceptée*).
- Photocopie de chaque diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) mentionné(s) en page 6
- Convention de stage (*une par structure*) ou contrat d'alternance (*apprentissage, contrat de professionnalisation, contrat PEC...*)
- Carte professionnelle du tuteur / maître d'apprentissage
- Diplômes du tuteur / maître d'apprentissage dans le champs du sport
- Certificat médical original (*cachet + signature du médecin*) selon le modèle de la page 8, qui devra dater de moins de trois mois au moment de passer les tests d'exigences préalables (TEP).
- CV + Lettre de motivation (*modèle libre*)

LE PRESENT DOSSIER, AINSI QUE TOUTES LES PIECES DEMANDEES, DOIVENT ETRE FOURNIS AVANT LE :  
**31/07/2024. AUCUN DELAI DE RETARD NE SERA ACCEPTE.**  
LES TESTS DE SELECTION SONT PREVUS LE 01/09/2024.

**NB :** la présentation d'un extrait de casier judiciaire n'est pas requise, cependant nous vous alertons sur le fait de restrictions liées à la réglementation Jeunesse et Sports, concernant la possibilité d'intervenir au sein de toute structure accueillant du public pour des personnes qui auraient commis diverses infractions. Si vous êtes concerné, renseignez-vous en amont auprès des services réglementaires (SDJES Savoie).

Concernant les TEP, veuillez consulter les modalités et le calendrier via les liens ci-dessous :

<https://tep-region.creps-rhonealpes.sports.gouv.fr/activites-physiques-pour-tous>

Coordinateur de la formation professionnelle : Eric LAPERRIERE – [e.laperriere@sport-savoie.fr](mailto:e.laperriere@sport-savoie.fr) – 06.65.93.93.71

Assistante à la formation : Cindy PALMILHA – [c.palmilha@sport-savoie.fr](mailto:c.palmilha@sport-savoie.fr) – 04.79.85.80.06

Comité Départemental Olympique et Sportif de la Savoie – 90 rue Henri Oreiller, 73 000, Chambéry



## Certificat médical

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme / M. .... et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet obligatoire :