

# CQP « ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF »

## OPTION ACTIVITES GYMNIQUES D'ENTRETIEN ET D'EXPRESSION



### DOSSIER D'INSCRIPTION Session 2026

Aux tests de vérification des exigences préalables à  
l'entrée en formation

à déposer ou à adresser **au plus tard le 31 août 2026**  
**une seule adresse**

Comité Territorial Sports Pour Tous de Corse  
8, lotissement A Marinella 2 – 20290 LUCCIANA

Nom..... Prénoms .....

Nom de Jeune fille..... Nationalité .....

Date de naissance .....Lieu de naissance .....Département.....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone fixe .....Téléphone portable .....

Adresse e-mail.....

*Sollicite mon inscription aux tests de vérification des exigences préalables à l'entrée en formation du CQPALS AGEE. », organisés :*

Le 12 septembre 2026 – complexe sportif municipal - 20290 LUCCIANA

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.*

**Fait à** .....

**le** .....

**Signature :**

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

**FORMATION SCOLAIRE** : Dernier diplôme obtenu (*joindre la copie du diplôme*)

Premier cycle :  C.A.P.  Brevet des collèges  B.E.P.

Second cycle :  BAC (*préciser le série*) .....

Enseignement supérieur :  B.T.S.  D.U.T.  Licence

Master *Autre (à préciser)* .....

Si Licence S.T.A.P.S., option : .....

Si Master S.T.A.P.S., option : .....

### **FORMATION CONTINUE**

Si oui, qualification ou diplôme : .....

### **DIPLOME(S) D'ETAT**

B.A.P.A.A.T  B.A.F.A.  B.N.S.S.A.  B.A.F.D.  B.E.A.T.E.P

Tronc commun B.E.E.S. 1°  Tronc commun BEES 2°

B.E.E.S. option : .....  B.P.J.E.P.S. option : .....

### **DIPLOME FEDERAL**

Possédez-vous des diplômes fédéraux?  OUI  NON

Si OUI, lesquels : .....

**DIPLOME SECOURISME** : Possédez-vous le P.S.C.1 ?  OUI  NON

### **SITUATION ACTUELLE (PROFESSIONNELLE ET BENEVOLE)**

#### **Activité professionnelle**

Salarié  Indépendant  Secteur privé

Agent titulaire Etat/collectivité  Agent non titulaire

#### **- Type de contrat**

CDI  CDD (*durée du contrat*) : .....  Autre (*à préciser*) : .....

## **Pas d'activité professionnelle**

Etudiant  
Type de formation : ..... Lieu : .....

Demandeur d'emploi  
Inscrit au Pole Emploi – Agence de : ..... Depuis le .....

Bénéficiaire de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi  OUI  NON

Autre situation (*Préciser*) : .....

## **Activité bénévole**

Vous pratiquez des A.P.S :  OUI  NON  
Si OUI, précisez la(es)quelle(s) : .....

.....

Vous êtes licencié(e) sportif(ve) :  OUI  NON  
Si OUI, précisez quelle(s) fédération(s) : .....

.....

Vous avez une expérience dans l'animation :  OUI  NON  
Si OUI, précisez laquelle : .....

.....

Vous avez une responsabilité au sein d'une association :  OUI  NON  
Si OUI, précisez laquelle : .....

## **SITUATION AU REGARD DU FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Vous financez vous-même votre formation :  OUI  NON

Vous bénéficiez d'un Congé individuel de formation :  OUI  NON

Vous bénéficiez d'une prise en charge de votre employeur :  OUI  NON

Vous bénéficiez d'un autre type d'aide :  OUI  NON  
Si OUI, précisez laquelle : .....

**Fait à .....**

**le .....**

**Signature :**

## **PIECES A JOINDRE :**

- Le dossier d'inscription dûment rempli
- Photocopie de la carte nationale d'identité (recto-verso) ou du passeport
- 1 photo d'identité
- Photocopie de l'attestation de réussite aux Premiers Secours Civiques de niveau 1 (PSC1), ou équivalent
- Attestation de responsabilité civile ou licence
- Certificat médical de non contre indication à la pratique des activités physiques et sportives, datant de mois de 3 mois.
- Photocopie de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense (Pour les candidats de moins de 25 ans.)
- Photocopie des diplômes obtenus (scolaires et sportifs)
- chèques de 40€ (frais de dossiers)



BPJEPS, Spécialité Educateur Sportif,  
Mention Activités Physiques pour Tous  
**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, Docteur en médecine

Certifie avoir examiné ce jour :

M. \ Mme \_\_\_\_\_ Né(e) le [ ] [ ] [ ]

Demeurant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la **pratique** et à l'**encadrement** des activités physiques pour tous (activités physiques d'entretien corporel, activités et jeux sportifs, activités physiques en espace naturel).

Observations éventuelles :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*Signature et cachet du médecin*