

CQP « ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF »

OPTION ACTIVITES GYMNIQUES D'ENTRETIEN ET D'EXPRESSION

Photo
d'identité

DOSSIER D'INSCRIPTION Session 2025

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

à déposer ou à adresser **au plus tard le 1 septembre 2025**
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 naissanceLieu de naissanceDépartement.....

Adresse

.....

Code postal Ville

Téléphone fixeTéléphone portable

Adresse e-mail.....

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

Le 13 septembre 2025 – 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