

CQP

Instructeur FITNESS

MENTION

MUSCULATION et PERSONAL TRAINING



DOSSIER D'INSCRIPTION Session3 / 2026

Aux tests de sélection

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 naissanceLieu de naissanceDépartement.....

Adresse

.....

Code postal Ville

Téléphone fixeTéléphone portable

Adresse e-mail.....

Sollicite mon inscription aux tests de sélection à l'entrée en formation du CQPS « Instructeur <FITNESS. », mention Musculation et Personal Training, organisés :

Le 06/09/2026 – Salle Body Center – 90, Stretta di Pietrabiu Supran - 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 :

Matériel Bureautique Personnel

Ordinateur : - Tour fixe
- Portable

Equipements : Camera
 Micro
 Ecouteurs

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)



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 **de Fitness**

Observations éventuelles :

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du médecin