



**BREVET PROFESSIONNEL
DE LA JEUNESSE ET D'ÉDUCATION
POPULAIRE ET DU SPORT**

SPÉCIALITÉ ÉDUCATEUR SPORTIF

MENTION ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS



DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION BPJEPS APT à dominante SPORT SANTE

Du 09 septembre 2024 au 09 septembre 2025

Au CNF – G by ASPTT

Je, soussigné(e)

NOM _____ PRÉNOM _____

Épouse _____ Nationalité _____

Homme Femme Téléphone _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Lieu _____ Dép. : _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Mail _____

Je sollicite mon inscription à la formation BPJEPS APT au Centre National de Formation aux Métiers du Sport de Grenoble by ASPTT.

Fait à _____, le _____

Signature du candidat

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

La demande d'inscription à la formation signée avec une photo collée dans l'encart réservé

- 1 photographie d'identité récente, agrafée à la demande d'inscription.
- Les justificatifs des dispenses ou équivalences de droit (pour le parcours incomplet)
- 1 photocopie d'une pièce d'identité **en cours de validité**
(Carte nationale d'identité recto-verso, livret de famille, passeport, extrait d'acte de naissance)
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des « activités physiques pour tous » **datant de moins d'un an** à la date d'entrée en formation
- 1 photocopie de l'une des attestations de formation relative au secourisme suivante *
 - « prévention et secours civiques de niveau 1 » **(PSC1)** ou « attestation de formation aux premiers secours » **(AFPS)** ;
 - « premiers secours en équipe de niveau 1 » **(PSE 1)** en cours de validité
 - « premiers secours en équipe de niveau 2 » **(PSE 2)** en cours de validité
 - « attestation de formation aux gestes et soins d'urgence » **(AFGSU)** de niveau 1 ou de niveau 2 en cours de validité ;
 - « certificat de sauveteur secouriste du travail **(SST)** » en cours de validité
- Pour les candidat(e)s âgés de moins de 25 ans, une photocopie de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté
- Pour les personnes porteuses de handicap, l'avis d'un médecin agréé pour l'aménagement des de la formation ou des épreuves
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile
- Une attestation de droit à la sécurité sociale
- Un chèque de 30 euros pour les non-adhérents des ASPTT (sur justificatif)

* L'attestation délivrée à la fin du module pratique de secourisme passé lors de la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) n'a pas l'équivalence du P.S.C. 1

VOTRE SITUATION

Parcours de formation souhaité :

- Parcours complet UC1, UC2, UC3, UC4
- Parcours incomplet, cocher les UC souhaités et justifier les équivalences en fournissant vos diplômes
 - UC1
 - UC2
 - UC3
 - UC4

Diplômes académiques obtenus

Cocher la case correspondante :

- Brevet des Collèges
- CAP ou BEP : _____
- Baccalauréat : _____
- Bac +2 : _____
- Bac +3 et + : _____
- Autres diplômes : _____

Diplômes obtenus dans le champ de l'animation et du sport

Cocher la (les) case(s) correspondante(s)

- BAFA
- BAFA D
- BAPAAT
- BNSSA
- Surveillant de baignade
- Autre :
- BEES 1^{er} degré Option
- BPJEPS Mention
- Diplômes fédéraux :

Votre situation vis-à-vis de l'emploi

- Sans emploi
- Inscrit à Pôle emploi Numéro identifiant : _____
- Contact Mission locale :
- Salarié → Type de contrat : CDD CDI CAE Contrat de professionnalisation
 Autre :
- Étudiant → Établissement :
Niveau du diplôme :
- Autre situation :
Préciser :

VOTRE EXPERIENCE

Votre expérience dans le champ sportif et de l'animation

Vous êtes licencié dans un club Oui Non

- Si oui, nom du club et ville :

Vous êtes athlète de haut niveau Oui Non

- Si oui, préciser

Vous avez une expérience d'animation Oui Non

- Si oui, préciser

Pratiques sportives :

- Sport pratiqué _____ / Fréquence _____
- Sport pratiqué _____ / Fréquence _____
- Sport pratiqué _____ / Fréquence _____

- Pratique actuelle _____ / Fréquence : _____
- Pratique actuelle _____ / Fréquence : _____

Autres pratiques que vous souhaitez mentionner :

VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

Nom de la structure – Tuteur envisagé – Statut

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) _____

Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Madame, Monsieur, _____

Et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques pour tous.

Fait à

Le

Signature et cachet obligatoire