



**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 ES-M-APT à dominante SPORT SANTE**

**Du 08 septembre 2025 au 08 septembre 2026**

**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 candidats(e) 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 90€ pour les frais d'inscriptions

\* 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
- BAFD
- BAPAAT
- BNSSA
- Surveillant de baignade
- Autre :
- BEES 1<sup>er</sup> 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 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

