



DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION SPORT

- BPJEPS APT (Activités Physiques pour Tous)
 CSAE (Activités de l'Escalade)

photo identité
obligatoire

IDENTITÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Commune de naissance :

Adresse complète :

Code postal :

Commune :

Téléphone fixe :

Portable :

Email :

N° Sécurité Sociale :

Votre situation avant l'entrée en formation :

Votre situation pendant la formation :

- Salarié
 Demandeur d'emploi
 Lycéen
 Étudiant
 Autres (préciser) :

- Salarié
 Demandeur d'emploi

CALENDRIER DES FORMATIONS

	BPjeps APT	CSAE
Entrée en formation	09/10/2024	19/10/2024
Clôture des inscriptions	09/09/2024	19/09/2024
TEP (Tests d'Exigences Préalables)	Nous contacter pour les dates internes.	28/06/2024 27/09/2024
Tests de sélection et positionnement	09/10/2024	18/10/2024

CONTACTS FORMATION

>> Responsables pédagogiques
BPjeps APT : Thomas IDEVUYST
et Tristan ROBIN

>> Responsable pédagogique
CSAE : Thomas INDEVUYST

>> Coordinateur de formations :
Arnaud CAILLET

REEMPLIR VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier d'inscription est une étape importante, nous vous demandons de le remplir consciencieusement. En effet, ce dossier nous permet de mieux cerner votre profil pour mieux vous accompagner dans votre projet de formation. Si vous rencontrez des difficultés pour le remplir, notre équipe pédagogique se tient à votre disposition pour faire un point et vous aider.

En fin de dossier, vous trouverez une «attestation d'accueil de la structure d'alternance». Si vous n'avez pas encore trouvé votre structure d'alternance, vous pourrez nous envoyer cette attestation ultérieurement.

PIECES COMPLEMENTAIRES

A FOURNIR AVEC LE DOSSIER :

VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION SERA COMPLÈTE À RÉCEPTION DES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- Photo d'identité
- Attestation de validation des TEP (si vous n'avez pas reçu de document de validation, merci de nous le signaler)
- Attestation de recensement ou de participation à la JDC (Journée Défense et Citoyenneté)
- Attestation de formation aux premiers secours (PSC1)
- Copie recto et verso de votre pièce d'identité en cours de validité (CNI ou Passeport)
- Certificat médical, datant de moins d'un an, et ne présentant «aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques pour tous».



VOTRE PROFIL DE FORMATION

DIPLÔMES FORMATION

Année d'optention :

Niveau scolaire, universitaire ou professionnel atteint :
 Diplôme scolaire obtenu (le plus élevé) :
 Diplôme universitaire obtenu (le plus élevé) :
 Diplôme professionnel obtenu (le plus élevé) :

Diplômes sportifs, fédéraux ou d'animation obtenus :

Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :

Diplômes professionnels (sportifs ou d'animation) obtenus :

Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :

Autres diplômes ou qualifications obtenus :

Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :
 Intitulé : Lieu :

PRATIQUE SPORTIVE

Votre pratique sportive	Période	Niveau de pratique



PRATIQUE D'UN ENCADREMENT SPORTIF

Votre pratique d'encadrement sportif	Période	Fonction

AUTRES PRATIQUES

(ex : animateur centre de vacances, bénévole d'une association . . .)	Période	Fonction



VOTRE PROJET DE FORMATION

VOS MOTIVATIONS ET ATTENTES
VIS A VIS DE LA FORMATION

VOTRE PROJET
PROFESSIONNEL



Centre de Pleine Nature Lionel Terray - www.CentreDePleineNature.com
Centre de formations sport en pleine nature, à Clécy, en Normandie
1, rue le Viaduc 14570 Clécy - 02 31 69 72 82 - formation@centredepleinenature.com

SIRET : 322 186 958 000 11
NDA auprès du Préfet de Région
Normandie : 251 402 582 14

VOTRE SITUATION ACTUELLE

VOUS AVEZ UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

- Indépendant Agent titulaire Etat / Collectif Salarié
 Secteur privé Agent non titulaire

Quelle est votre fonction principale?

Quelle est votre type de contrat?

- CDI CDD
Autre : _____
- Temps plein Temps partiel (nb d'heures hebdomadaires : _____)

Quel est votre employeur ?

Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Mobilisez-vous votre CPF de transition? Oui Non

VOUS N'AVEZ PAS D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

- Étudiant
Formation : _____
Lieu : _____
Serez-vous toujours ETUDIANT PENDANT la formation? Oui Non
- Inscrit Pôle emploi : Agence (ville et code postal) : _____
Depuis le : _____
- Bénéficiaire de l'ARE (Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi). Date de fin de droits : _____
- Bénévole
- Autre situation (Préciser) : _____

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE :

Rencontrez-vous des difficultés ou une situation de handicap à prendre en compte dans l'organisation et/ou le suivi de votre formation? Oui Non



VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

PRÉSENTATION DE VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

Entreprise d'accueil pendant la formation : .

Statut juridique : .

Adresse complète : .

.

Code postal : .

Commune : .

Téléphone : .

Email : .

RESPONSABLE DE LA STRUCTURE

Nom / Prénom du responsable : .

Téléphone : .

Email : .

VOTRE TUTEUR

Nom / Prénom du tuteur : .

Téléphone : .

Email : .

Diplôme / qualification du tuteur : .

.

DÉCRIVEZ LES ACTIVITÉS PHYSIQUES, SPORTIVES ET PUBLICS DE VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE





ATTESTATION D'ACCUEIL DE LA STRUCTURE D'ALTERNANCE

Nom de la structure :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Je soussigné(e), M. ou Mme, responsable, atteste que M. ou Mme, candidat(e) à la formation :

- BPjeps APT
- CSAE (Activités de l'Escalade)

nous a sollicités pour être accueilli(e) dans notre structure en qualité de stagiaire de la Formation Professionnelle.

Fait à :

Le :

Signature et cachet de l'entreprise :

