

84 Boulevard Léon Jouhaux
63100 Clermont-Ferrand
ADPS Formation

Dossier Inscription BPJEPS AF 2 ans

Activités de la Forme

www.adpsformation.com
04.51.11.00.26
contact@adps-formation.com



 RÉGION ACADÉMIQUE AUVERGNE- RHÔNE-ALPES Liberté Égalité Fraternité Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports		DOSSIER CANDIDAT BPJEPS Éducateur Sportif mention Activités de la Forme Session en 2 ans	Photographie (à coller)
---	--	---	--

TEP :

Cadre réservé à l'administration

☐ Haltérophilie/ Musculation
 ☐ Haltérophilie/ Musculation et Cours Collectifs
 ☐ Passerelle Cours Collectifs
 Où avez-vous découvert notre organisme de formation :
 ☐ Réseaux sociaux
 ☐ Salons
 ☐ Internet
 ☐ Autres (précisez)

COORDONNÉES

Je soussigné(e) NOM : Prénom :
 NOM D'USAGE : Nationalité : Sexe :
 Date de naissance : Lieu de naissance : Dép de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--

Adresse permanente :
 CP : Ville :
 Téléphone : / / / / / Courriel :@.....

Attention :

Merci de bien vouloir compléter soigneusement ce formulaire d'inscription au sein de notre organisme de formation ADPS - (N° Siret : 451 502 918 000 19 - N° de déclaration d'activité 83630369163) situé : 1 rue Tourrette, BP90213 - 63021 CLERMONT-FD Cedex 2. **Nous allons récolter un certain nombre de données personnelles vous concernant : nom, prénom, dates et lieu de naissance, coordonnées, données médicales, données bancaires, situation professionnelle, diplômes ...**

Ces données personnelles seront enregistrées dans des **bases de données Excel** présentent sur le serveur **NAS-ASM** et sur notre logiciel **Yparéo (accès sécurisés)**.

Ces données seront utilisées pour gérer **toutes les tâches concernant votre parcours de formation** et **seront communiquées** à notre référent ministériel sur le site **FOROME** et selon le cas, sur les **Interfaces CFA des métiers du Sports et de l'Animation d'Auvergne/Région Auvergne-Rhône-Alpes/pôle emploi**.

Les principales utilisations de ces données seront :

- Gestion administrative de votre parcours de formation (courrier, appel, attestation, dossier de financement, communication avec les financeurs, employeurs, structures de stage, cabinet comptable et expert-comptable, ...)
- Gestion pédagogique (gestion des présences et absences, communication avec nos partenaires de formation : ligues, comités, organisme de formation, entreprises..., gestion et communication des dates/résultats des certifications, rattrapages, ...).

Ces données seront **conservées 5 ans** afin d'établir un suivi post formation et des comptes rendus statistiques. Un tableau de stockage et de destruction des données est accessible à l'ADPS.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous **bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement**. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant l'**ADPS - service de Gestion des données personnelles - 1 rue Tourrette, BP90213 - 63021 CLERMONT-FD Cedex 2**.

Conformément aux articles 34 et 35 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'aux articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016.

L'ADPS s'engage à prendre toutes précautions conformes aux usages afin de protéger la confidentialité des informations, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Je soussigné (e)

- ☐ Atteste avoir bien pris connaissance du traitement de mes informations personnelles collectées par l'ADPS ;
- ☐ Sais que je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement.

Signature du candidat :

TESTS D'EXIGENCES PRÉALABLES (TEP)

Important : TEP obligatoire et à valider maximum 1 mois avant l'entrée en formation !

TEP HM obtenu : ☐ OUI ☐ NON TEP CC obtenu : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date de l'obtention et lieu :

Si non, inscription faite à :

Quelle date : Lieu de passage des TEP :

CONSENTEMENT

Je soussigné(e).....sollicite

Mon inscription à la formation BPJEPS AF

pièces à renvoyer avant le 30 Juin 2024

- ☐ La présente demande d'inscription complétée d'une photographie
- ☐ Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité(carte nationale d'identité, livret de famille, passeport, extrait d'acte de naissance)
- ☐ L'attestation Justifiant de votre réussite aux TEP ou une pièce justificative de dispense des TEP (copie d'écran du site national FOROME)
- ☐ Un certificat médical de non-contre-indication à la pratique et l'enseignement des APS datant de moins d'un an (merci d'utiliser le modèle joint ou de vérifier que la mention « apte à la pratique et l'enseignement des APS » soit bien notées)
- ☐ Les copies de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté
- ☐ Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit (copie diplômes fédéraux ou diplômes sportifs...)
- ☐ Un RIB
- ☐ Une copie du PSC1 ou de l'A.F.P.S. ou d'un diplôme équivalent
- ☐ Un CV détaillé
- ☐ Une attestation d'Assurance Maladie (téléchargeable sur www.ameli.fr ou sur une borne de l'assurance maladie)
- ☐ Extrait de votre casier judiciaire - bulletin N°3 (la demande peut être faite en ligne : (<https://casierjudiciaire.justice.gouv.fr/>))
- ☐ Documents concernant le tuteur (si connu) : copie carte professionnelle et copie des diplômes
- ☐ Charte des droits et devoirs du Conseil Régional (téléchargeable sur notre site internet)

Merci de renvoyer votre dossier le plus rapidement possible. Dans le cas où vous attendez une pièce justificative dont son délais de réception et plus long vous pouvez nous envoyer votre dossier même si celui-ci est incomplet.

Fait à, le/...../20...

Signature du candidat :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FORMATION ET DIPLÔME(S) OBTENU(S)

Diplôme(s) obtenu(s) dans le champ de l'animation

Non professionnels :

☐ BAFA ☐ BAFD Diplômes fédéraux : ☐ OUI ☐ NON si oui, précisez :
Autres : ☐ OUI ☐ NON si oui, précisez :

Professionnels :

Titulaire de la formation commune BEES 1er degré ☐ OUI ☐ NON
Titulaire d'un BEES 1er degré ☐ OUI ☐ NON
Titulaire d'un BPJEPS ☐ OUI ☐ NON si oui, précisez :
Autres : ☐ OUI ☐ NON si oui, précisez :

PARCOURS SCOLAIRE

Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) :

☐ CAP ☐ BEP ☐ BAC ☐ DUT/BTS ☐ LICENCE ☐ MASTER ☐ BPJEPS ☐ DEJEPS ☐ DESJEPS

Autres :
Précisez la spécialité du diplôme :
Dernière classe suivie :

Formation(s) complémentaire(s) :

☐ UCC ☐ CS ☐ CQP Autres :

Précisez la spécialité de la (des) formation(s) complémentaire(s) :

CV SPORTIF

Discipline(s) pratiquée(s) :
Club d'origine et Ligue :
Titres sportifs obtenus (et années) :

PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Avez-vous une reconnaissance de travailleur Handicapé : ☐ OUI ☐ NON
Si oui, avez-vous besoin d'aménagement pour les tests de sélection : ☐ OUI ☐ NON
pour la formation : ☐ OUI ☐ NON

De quelle nature (temps supplémentaire, secrétaire,...) :
.....
Merci de fournir les justificatifs

STRUCTURE DE STAGE/EMPLOYEUR

Nom de la structure :
Nom du responsable :
Téléphone : / / / / / Portable : / / / / / Courriel :@.....
Adresse :
CP : Ville :
N° SIRET : Forme juridique :

Nom du tuteur :
Fonction du tuteur :
Diplôme du tuteur :
N° carte professionnelle :
Téléphone : / / / / / Portable : / / / / / Courriel :@.....

FINANCEMENT

- ☐ Apprentissage
- ☐ Conseil Régional Auvergne - Rhône-Alpes (AIF/CARED...)
- ☐ Contrat aidé (PEC...), autre :
- ☐ Pôle Emploi
- ☐ Formation professionnelle Continue financé par un OPCO via votre employeur
- ☐ CPF
- ☐ Financement individuel
- ☐ Autres : (précisez)

Si inscrit à Pôle Emploi :

Identifiant :
Région :
Mail de votre conseiller :@.....

CERTIFICAT MÉDICAL D'ÉDUCATEUR SPORTIF

(Article A. 212-178 du code du sport)

Je soussigné(e) Dr certifie avoir
examiné M ou Mme qui ne
présente pas ce jour de contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à
l'encadrement des activités de la forme.

Fait à ,
Le

Signature et cachet obligatoire :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom du/de la stagiaire	
Prénom du/de la stagiaire	
Session de formation	
Personne à contacter en cas d'urgence	
Nom	
Prénom	
Tél	
Mail	
OU	
Nom	
Prénom	
Tél	
Mail	