



Liberté • Égalité • Fraternité  
**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**  
 Direction régionale et  
 départementale de la jeunesse, des  
 sports et de la cohésion sociale  
 Auvergne-Rhône-Alpes



**DOSSIER CANDIDAT**  
**B.P.J.E.P.S.**  
**Educateur Sportif mention**  
**Activités Physiques pour Tous**

Photographie  
 (à coller)

### Coordonnées

Je soussigné(e) **NOM** : ..... **Prénom** : .....

**NOM D'USAGE**: ..... Nat. : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... lieu de Naissance : ..... Dép. de naissance : .....

N° de sécurité sociale :

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

Adresse permanente : .....

CP : ..... VILLE .....

Tél : .....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** présent 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 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 .....sollicite

### MON INSCRIPTION A LA FORMATION BPJEPS

Pièces à renvoyer avant le **21 septembre 2020**

- 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 de Carte Vitale (téléchargeable sur [www.ameli.fr](http://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://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20>)
- Documents concernant le tuteur (si connu)** : copie carte professionnelle et copie des diplômes
- Attestation d'inscription pôle emploi
- Fiche de prescription de pôle emploi (soit papier soit dématérialisée – à voir avec votre conseiller)
- Charte des droits et devoirs du Conseil Régional (téléchargeable sur notre site internet)
- Dossier de demande de rémunération Région si pas de droit Pôle emploi (dossier à télécharger sur notre site internet ainsi que la liste des pièces spécifiques.

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 BP JEPS  Oui  Non

si Oui, précisez la mention et/ou la spécialité : .....

Autres :  Oui  Non Si Oui, précisez.....

### PARCOURS SCOLAIRE

##### Diplôme(s) scolaire(s) obtenus :

CAP  - BEP  - BAC  - DUT/BTS  - LICENCE  - MASTER  - BP JEPS  - DE JEPS  DES JEPS

Autres : .....

Précisez la spécialité du diplôme : .....

Dernière classe suivie : .....

##### Formations complémentaires :

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 ; **pour les examens** :  Oui  Non

De quelle nature (temps supplémentaire, secrétaire ...) : .....

*Merci de nous fournir les justificatifs.*

## STRUCTURE DE STAGE/EMPLOYEUR

NOM DE LA STRUCTURE : .....

NOM DU RESPONSABLE : .....

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

E-mail : .....@ .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

NOM DU TUTEUR : .....

FONCTION DU TUTEUR : .....

DIPLÔME DU TUTEUR: .....

**N° CARTE PROFESSIONNELLE** : .....

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

E-mail : .....@ .....

**FINANCEMENT**

Conseil Régional Auvergne – Rhône-Alpes (AIF/CARED...)

**Inscription Pôle emploi :**

Identifiant : .....

Dans quelle Région : .....

Mail de votre Conseiller : .....

Avez-vous des Droits pôle emploi :  oui  non

**Inscription Mission locale :**

Mail de votre Conseiller : .....

<b><i>Cadre réservé à l'Organisme de Formation</i></b>	
<b>Dossier d'inscription à la formation</b>	
Pièces vérifiées et dossier certifié complet : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Fait à ..... le.....	

# 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 physiques  
pour tous.

Fait à .....,

le .....

**Signature et cachet obligatoire :**