84 Boulevard Léon Jouhaux
63100 Clermont-Ferrand
ADPS Formation

ADPS
formation aux métiers du sport

CFA
depuis 2025

Dossier Inscription BPJEPS APSF



Dossier à retourner par mail :
contact@adps-formation.com

ou par courrier postal :
84 Boulevard Léon Jouhaux
63100 Clermont-Ferrand

MAJ le 02/02/2026

RÉGION ACADÉMIQUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
Liberté Égalité Fraternité
Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

ADPS formation aux métiers du sport — CFA depuis 2025

DOSSIER CANDIDAT

BPJEPS
Éducateur Sportif mention
Activités Physiques et Sportives
de la Forme

Photographie

(à coller)

TEP :

Cadre réservé à l'administration

Où avez-vous découvert notre organisme de formation : ☐ Réseaux sociaux ☐ Salons ☐ Internet ☐ Autres (précisez) .....

COORDONNÉES

☐ Mme ☐ M NOM : ..... Prénom : .....

NOM D'USAGE : ..... Nationalité : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Dép de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : clé

Adresse permanente : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : / / / / / Courriel : .....@.....

Numéro INE : .....

Inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : ☐ OUI ☐ NON

Qualité : ☐ externe ☐ demi-pensionnaire ☐ interne Titulaire du permis B : ☐ OUI ☐ NON

Mon inscription à la formation BPJEPS APSF : pièces à renvoyer avant le 03 août 2026

Pièces administratives :

- ☐ 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)
- ☐ 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 notée)*
- ☐ Les copies de l'attestation de recensement ou du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté *(+25ans non concernés)*
- ☐ Les pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit (copie des diplômes)
- ☐ Une copie du PSC ou de l'A.F.P.S. ou d'un diplôme équivalent
- ☐ 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)*

Pièces pédagogiques :

- ☐ Documents concernant le tuteur/maître d'apprentissage : copie carte professionnelle *(recto/verso)* et copie des diplômes
- ☐ Conventions de stage *(merci d'utiliser les modèles présents sur notre site internet)*
- ☐ Le CV du tuteur/maître d'apprentissage

Pièces en cas de contrat d'apprentissage :

- ☐ Le ou les documents exigés par la règlementation en vigueur, si l'apprenti est de nationalité étrangère
- ☐ Le contrat type "CERFA N°10103#11 : Contrat d'apprentissage" dûment complété et signé
- ☐ Convention de formation en apprentissage *(fournie sur demande à l'ADPS et indispensable pour faire la demande de prise en charge)*
- ☐ Convention de mise à disposition *(si nécessaire)*
- ☐ L'attestation de la structure justifiant que le maitre d'apprentissage est bien salarié ou bénévole, et précisant son ancienneté et les fonctions occupées.
- ☐ La fiche médicale d'aptitude délivrée par le médecin du travail *(à fournir au plus tard dans les 2 mois qui suivent l'enregistrement du contrat*

N'attendez pas pour renvoyer votre dossier, s'il vous manque une pièce vous pourrez le compléter jusqu'aux tests de sélection. Tout dossier arrivé après la date limite d'inscription sera refusé.

Fait à ....., le ...../...../20...

Signature du candidat :

Signature du représentant légal : (si mineur)

TESTS D'EXIGENCES PRÉALABLES (TEP)

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

TEP APSF obtenu : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, date de l'obtention et lieu : ……

Si non, inscription faite à :
Quelle date : ..... Lieu de passage des TEP : .....

GESTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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-ADPS 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 **FOROMES** et selon le cas, sur les **Interfaces France Compétences/Région Auvergne-Rhône-Alpes/France Travail.**

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 :

Signature du représentant légal : (si mineur)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FORMATION ET DIPLÔME(S) OBTENU(S)

Dernier diplôme obtenu : ..... Établissement : .....
Dernière classe/année suivie : ..... Diplôme le plus élevé obtenu : .....
Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : ☐ OUI ☐ NON

Situation antérieur de l'apprenant : ☐ Scolaire ☐ Prépa-Apprentissage ☐ Contrat aidé ☐ Salarié ☐ Inactif
☐ Contrat d'apprentissage *(date de fin de ce dernier : .. /.. /....)* ☐ Contrat de professionnalisation *(date de fin de ce dernier : .. /.. /....)*
☐ À la recherche d'emploi *(inscrit ou non à France Travail)* ☐ Autre : précisez .....

Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) :

☐ CAP ☐ BEP ☐ BAC ☐ DUT/BTS ☐ LICENCE ☐ MASTER ☐ BPJEPS ☐ DEJEPS ☐ DESJEPS
Autres : .....
Précisez la spécialité du diplôme : .....

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 : .....

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,...) : .....
.....

Si non, bénéficiez vous de droits attachés à la RQTH ? : équivalence jeunes : ☐ OUI ☐ NON extension BOE : ☐ OUI ☐ NON

Auriez-vous besoin de moyens de compensation de votre handicap et/ou d'adaptation pédagogique de la formation ?
☐ OUI ☐ NON si oui, précisez : .....

Je souhaite être contacté par le référent handicap de l'ADPS : ☐ OUI ☐ NON

Merci de fournir les justificatifs

STRUCTURE PRINCIPALE DE STAGE/EMPLOYEUR

Nom de la structure : ..... Nom du responsable : .....
Fonction du responsable : .....
Téléphone : / / / / / Portable : / / / / /
Courriel : .....@..... *(adresse mail qui servira à recevoir les courriers de l'ADPS)*
Adresse : .....
CP : ..... Ville : .....
Type d'employeur : ☐ privé ☐ public Employeur spécifique : .....
Forme juridique : ..... Code NAF/APE : .....
Effectif de l'entreprise : ..... Convention collective : .....

N° SIRET : | | | | |

Nom du tuteur : ..... Fonction du tuteur : .....
Le tuteur est : ☐ salarié ☐ bénévole
Diplôme(s) du tuteur : ..... *(joindre la copie du diplôme) Date d'obtention : .. / .. / ....*
N° carte professionnelle : ..... Date d'expiration : .. / .. / ....
Date de naissance : ..... Année(s) d'expérience (1an min) : .....
Téléphone : / / / / / Portable : / / / / /
Courriel : .....@.....

Fournir la convention ou le contrat de travail selon votre statut au sein de cette structure

FINANCEMENT

Pour le financement, des éléments supplémentaires seront à fournir en fonction de l'option choisie.
Pour toutes questions sur ce sujet, merci de contacter Madame Florence BARTHOUX - f.barthoux@adps-formation.com

☐ Apprentissage *(Date de conclusion : ..... Date de début (jusqu'à 2 mois avant le début de la formation): .....*
Caisse de retraite complémentaire : ..... Date de fin jusqu'à 2 mois après la fin de la formation : .....)

- ☐ *premier contrat*
- ☐ *nouveau contrat avec un apprenti qui a terminé son précédent contrat auprès du même employeur*
- ☐ *nouveau contrat avec un apprenti qui a terminé son précédent contrat auprès d'un autre employeur*
- ☐ *nouveau contrat avec un apprenti dont le précédent a été rompu)*

☐ Conseil Régional Auvergne - Rhône-Alpes (AIF/CARED...) *(merci de nous fournir la charte des droits et devoirs du Conseil Régional)*

☐ Contrat aidé (PEC...), autre : .....

☐ France travail *(merci de nous fournir votre attestation d'inscription France Travail)*

☐ Formation professionnelle Continue financé par un OPCO via votre employeur

☐ CPF

☐ Financement individuel

☐ Autres : (précisez) .....

Si inscrit à France Travail :

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

Si inscrit à la Mission locale :

Quelle mission locale : .....

Mail de votre conseiller(e) : .....@.....

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 et sportives

☐ à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives de la forme

Fait à …… ,
Le ……...

Signature et cachet obligatoire :

Mise à jour 15/01/2025

Autorisation de diffusion, reproduction et de représentation de photographies et vidéos

ENTRE : Mme, M _____ *Né(e) le* __/__/_____ *à* _____

Demeurant

_____

Dénommé(e) ci-après "le Modèle"
ET : L'ADPS LA GAUTHIERE, association de loi 1901
dont le siège se situe 1, rue Tourrette – BP 90213 –
63021 CLERMONT-FD CEDEX 2
Représentée par sa Directrice, Madame Marion KELLIN

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : CESSION DES DROITS

Par le présent contrat, le MODÈLE cède à l'ADPS LA GAUTHIERE les droits qu'il détient sur son image telle que reproduite sur les photographies ou vidéos prises et /ou détenues par l'ADPS LA GAUTHIERE.

En conséquence, le MODELE autorise l'ADPS LA GAUTHIERE à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies et vidéos réalisées dans le cadre du présent contrat. Les photographies et vidéos pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (informatique, papier, numérique, magnétique, tissu, plastique etc.) et intégrées à tout autre matériel (site internet, réseaux sociaux, support de communication, photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations etc.) connus et à venir. Les photographies et vidéos pourront être exploitées dans le monde entier et dans tous les domaines (communication via internet et tous supports matériels, publicité, édition, presse, packaging, design etc.) directement par l'ADPS LA GAUTHIERE ou cédées à des tiers.

Il est entendu que l'ADPS LA GAUTHIERE s'interdit expressément, une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée du MODÈLE et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe, violent ou illicite.

Le MODÈLE reconnaît par ailleurs qu'il n'est lié à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de son image ou de son nom.

ARTICLE 2 : RÉMUNÉRATION ET DUREE DU CONTRAT

Le MODÈLE reconnaît expressément que quelque soit l'utilisation de ces photographies et vidéos, leur diffusion se fera sans contrepartie financière.

Le présent contrat est conclu pour une durée de 10 ans à compter du jour de son acceptation et sera renouvelé tacitement tous les 10 ans sauf avis contraire du Modèle.

ARTICLE 3 : DROITS APPLICABLES ET JURIDICTION

Toute contestation relative à l'interprétation et/ou l'exécution des dispositions du présent contrat sera exclusivement portée devant les tribunaux compétents de Paris statuant en droit français.

Fait à _____ **le** _____

Signature du stagiaire : **Signature du représentant légal (si mineur) :** **Signature de la Directrice :**
Madame M. KELLIN
Représentant de L'ADPS LA GAUTHIERE



Mise à jour le 15/01/2025

ADPS formation aux métiers du sport — CFA depuis 2025

Collecte et gestion des données personnelles

Suite à votre inscription en formation 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 avons récolté un certain nombre de données personnelles vous concernant sur votre dossier d'inscription : 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, sur notre logiciel Yparéo (accès sécurisés) et via des interfaces partagées ADPS-ASM***

Ces données seront utilisées pour gérer ***toutes les tâches concernant votre parcours de formation****.*

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.

Monsieur/Madame…….. né le……..

à……..…… à demeurant……

……..

reconnait avoir été informé de la gestion de mes données personnelles par l'équipe de l'ADPS*.*

Fait à _____ **le** _____

Signature du stagiaire : **Signature du représentant légal (si mineur) :** **Signature de la Directrice :**
Madame M. KELLIN
Représentant de L'ADPS LA GAUTHIERE



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	