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

fndf FÉDÉRATION NATIONALE DE FITNESS

active ACTIVITÉS DE LOISIRS PLEIN AIR & INDOOR
Fédération Nationale des Entreprises des Activités Physiques de Loisirs

DOSSIER CANDIDAT

CQP
Instructeur Fitness
mention Musculation, Personal Training et/ou Cours Collectifs

Session 2027

Photographie

(à coller)

Cadre réservé à l'administration

☐ Musculation et Personal Training ☐ Musculation et Personal Training et Cours Collectifs ☐ Cours Collectifs

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

COORDONNÉES

☐ Mme ☐ M NOM DE NAISSANCE : ..... NOM D'USAGE : .....

Prénom : ..... 2éme Prénom : ..... 3ème Prénom : .....

(***Les prénoms doivent obligatoirement être tous indiqués)***

Nationalité : ..... Sexe : .....

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

Numéro de sécurité sociale : clé

Adresse permanente : .....

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

Téléphone : / / / / /

Courriel (en majuscule) : .....@.....

Numéro INE : .....

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

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

Tous les documents doivent être scannés en couleur et lisibles et envoyés à contact@adps-formation.com

Mon inscription aux tests techniques : pièces à renvoyer avant le 03 décembre 2026 (obligatoire pour le passage des tests)

- ☐ 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*

Mon inscription à la formation CQP IF : pièces à renvoyer avant le 03 décembre 2026 (obligatoire pour l'inscription à la formation)

Pièces administratives :

- ☐ La présente demande d'inscription complétée d'une photographie
- ☐ CV à jour
- ☐ 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)*
- ☐ Un moyen de paiement pour le passage des TEP (voir modalité page "inscription aux TEP")

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

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

Fait à ....., le ...../...../20...

Signature du candidat :

Si vous souhaitez uniquement vous inscrire aux tests techniques et non à la formation CQP,
merci de nous retourner uniquement la page avec vos coordonnée et la page inscription aux TEP du dossier d'inscription accompagnée d'une copie de votre pièce d'identité, de votre certificat médical dûment complété ainsi qu'un chèque pour la prise en charge des tests techniques

INSCRIPTION AUX TEP CQP INSTRUCTEUR FITNESS

Tarif : 40€ 1 option / 50€ 2 options

Inscription pour : ☐ 1 Option ☐ 2 Options

Mode de paiement :

☐ Par Chèque

☐ Par Virement

nous n'acceptons pas les espèces

Pour les virements, vous trouverez notre RIB ci-dessous

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	**00640**	**00037271042**	**84**

IBAN : **FR76 3000 3006 4000 0372 7104 284**

BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**

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 :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FORMATION ET DIPLÔME(S) OBTENU(S) ET EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

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 .....

Intitulé du dernier poste : ..... Durée en mois : .....
Nom de la dernière entreprise : .....

Diplôme(s) scolaire(s) obtenu(s) :

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

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 ☐ travailleur indépendant
Diplôme du tuteur : ..... *(joindre la copie du diplôme)*
N° carte professionnelle : ..... Date de validité : .....
Date de naissance : ..... Année(s) d'expérience : .....
Téléphone : / / / / / Portable : / / / / /
Courriel : .....@.....

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

SECONDE STRUCTURE DE STAGE (À REMPLIR SI NÉCESSAIRE)

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 ☐ travailleur indépendant
Diplôme du tuteur : ..... *(joindre la copie du diplôme)*
N° carte professionnelle : ..... Date de validité : .....
Date de naissance : ..... Année(s) d'expérience : .....
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

☐ 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

☐ POEI

☐ 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) : .....@.....

GestiCert

Gestionnaire des Certifications du Fitness

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M / Mme _____

Et avoir constaté qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait le _____

À _____

Cachet du médecin (Bien lisible)

Signature du médecin

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



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	