

84 Boulevard Léon Jouhaux
63100 Clermont-Ferrand
ADPS Formation

ADPS
formation aux métiers du sport

adasa
campus



Dossier Inscription BPJEPS APT 2 ans

Activités Physiques
pour Tous



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



 <p>RÉGION ACADÉMIQUE AUVERGNE- RHÔNE-ALPES <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p> <p>Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports</p>	 <p>ADPS formation aux métiers du sport</p>	<p align="center">DOSSIER CANDIDAT</p> <p align="center">BPJEPS Éducateur Sportif mention Activités Physiques pour Tous</p> <p align="center">Session en 2 ans</p>	<p align="center">Photographie (à coller)</p>
<p align="center">TEP :</p>			<p align="right">Cadre réservé à l'administration</p>

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

COORDONNÉES

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** présentes 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 Edusign/ADASA Campus/France Travail/ASP/CPF...**

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 obligatoires et à valider maximum 1 mois avant l'entrée en formation !

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(e).....sollicite

Mon inscription à la formation BPJEPS APT

pièces à renvoyer avant le **15 Juillet 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)
- 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 et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté**
- Les **pièces justifiant des dispenses et équivalences de droit (copie des diplômes)**
- 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**
- Conventions de stage ou tripartite pour justifier la pratique des 3 familles d'activités** (merci d'utiliser les modèles présents sur notre site internet)
- Si demandeur d'emploi, Attestation d'inscription pôle emploi
- Si financement Région : Charte des droits et devoirs du Conseil Régional (téléchargeable sur notre site internet)
- Si financement Région : dossier de demande de rémunération Région (pour les personnes n'ayant pas de droit Pôle emploi (dossier à télécharger sur notre site internet ainsi que la liste des pièces spécifiques).

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 :

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 :

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 PRINCIPALE DE STAGE/EMPLOYEUR

Pour répondre aux exigences du diplôme, vous devez encadrer 3 familles d'activités (OBLIGATOIRE) :

- Les activités Ludo sportives - ALS (sports collectifs, jeux traditionnels, sports de raquettes...)
- Les activités de pleine nature - APPN (Randonnées, courses d'orientation, VTT ...hors milieu spécifique)
- Les activités d'entretien corporel - APEC (Cours de renforcement musculaire, stretching...)

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 : **(joindre la copie du diplôme)**

N° carte professionnelle :

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

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

Famille(s) d'activité(s) encadrée(s) dans cette structure :

ALS - Nb h/semaine : APPN - Nb h/semaine : APEC - Nb h/semaine :

STRUCTURE DE STAGE/MISE A DISPOSITION

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 : **(joindre la copie du diplôme)**

N° carte professionnelle :

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

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

Famille(s) d'activité(s) encadrée(s) dans cette structure :

ALS - Nb h/semaine : APPN - Nb h/semaine : APEC - Nb h/semaine :

STRUCTURE DE STAGE/MISE A DISPOSITION

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 : *(joindre la copie du diplôme)*

N° carte professionnelle :

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

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

Famille(s) d'activité(s) encadrée(s) dans cette structure :

ALS - Nb h/semaine :

APPN - Nb h/semaine :

APEC - Nb h/semaine :

FINANCEMENT

Apprentissage

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

Contrat de professionnalisation

France Travail (Pôle emploi)

Formation professionnelle Continue financé par un OPCO via votre employeur

CPF

Financement individuel

SESAME

Si inscrit à Pôle Emploi :

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 pour tous.

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	