



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale et  
départementale de la jeunesse, des  
sports et de la cohésion sociale  
Auvergne-Rhône-Alpes



ADPS  
formation aux métiers du sport

## DOSSIER CANDIDAT

B.P.J.E.P.S.

Éducateur Sportif mention  
Activités de la Forme

Session septembre 2021

Photographie

(à coller)

### Mention(s) choisie(s) :

Haltérophilie/Musculation  Parcours court UC 4 Cours Collectifs  Haltérophilie/Musculation ET Cours Collectifs

## 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 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 .....sollicite

### **MON INSCRIPTION A LA FORMATION BPJEPS**

#### **Pièces à renvoyer avant le 30 juillet 2021**

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.jusCce.gouv.fr/cjn/b3/eje20>)

**Documents concernant le tuteur (si connu) :** copie carte professionnelle et copie des diplômes

Fait à....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Signature du candidat :**

### **Cadre réservé à l'Organisme de Formation**

#### **Dossier d'inscription à la formation**

Pièces vérifiées et dossier certifié complet : OUI  NON

Fait à ..... le.....

## 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

Apprentissage

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

Contrat aidé (emploi franc...), autres.....

Pôle emploi

Formation professionnelle Continue financée par un OPCO via votre employeur

CPF

Financement Individuel.

Autres : (Préciser) .....

### Si inscrit à Pôle emploi :

Identifiant : .....

Dans quelle 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 :**