

ADPS Formation  
www.adpsformation.com  
04.51.11.00.26



# Dossier Inscription BPJEPS APT 1 an

Activités Physiques  
pour Tous



Dossier à retourner par mail :  
[contact@adps-formation.com](mailto:contact@adps-formation.com)

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

**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 :  

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

Adresse permanente : .....

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

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

Numéro INE : .....

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

Dernier diplôme obtenu : ..... Établissement : .....

Situation antérieure de l'apprenti (scolaire, étudiant, demandeur d'emploi, ...) : .....

**Mon inscription à la formation BPJEPS APT** : pièces à renvoyer avant le **30 juin 2025**

- 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 PSC 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](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://casierjudiciaire.justice.gouv.fr/>))
- Documents concernant le tuteur/maître d'apprentissage : copie carte professionnelle (recto/verso) 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 France Travail
- Si financement Région : Charte des droits et devoirs du Conseil Régional
- Si financement Région : dossier de demande de rémunération Région. L'attestation de la structure justifiant que le tuteur/maître d'apprentissage est bien salarié ou bénévole, et précisant sont ancienneté et les fonctions occupés  
Le CV du tuteur/maître d'apprentissage
- Le ou les documents exigés par la réglementation en vigueur, si l'apprenti est de nationalité étrangère
- Le contrat type "CERFA N°10103#11 : Contrat d'apprentissage" dûment complété et signé
- La fiche de "validation du maître d'apprentissage et de l'équipe tutorale" dûment complété
- 

**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 obtenu :  OUI  NON

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

Si non, inscription faite à :

Quelle date : ..... Lieu de passage des TEP : .....

## CONSENTEMENT

### **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)**

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

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

### 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 mail qui servira à recevoir les courriers de l'ADPS)

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

**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
- Conseil Régional Auvergne - Rhône-Alpes (AIF/CARED...)
- Contrat aidé (PEC...), autre : .....
- 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) : .....@.....

## ANNEXE

### CERTIFICAT MEDICAL D'EDUCATEUR 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 ou sportives.

Date ...../...../.....

Signature

Nom :	:
Prénom :	
Qualification(s) :	
Adresse :	
Téléphone:	
N° ADELI:	

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

<b>Nom du/de la stagiaire</b>	
<b>Prénom du/de la stagiaire</b>	
<b>Session de formation</b>	

Personne à contacter en cas d'urgence

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Tél</b>	
<b>Mail</b>	

Ou

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Tél</b>	
<b>Mail</b>	