

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## BPJEPS

Activités Physiques pour Tous

### INFORMATIONS

Nom Prénom

Photo d'identité

## DOSSIER À RENDRE AVANT LE 20 AOÛT 2021

Dans une démarche durable, ce document est à remplir en ligne, évitez d'imprimer ce document dans la mesure du possible

### BPJEPS, Sports Collectifs

Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport, Activités Physique pour Tous

Lieu de formation

Besançon  
Le Creusot

Financement  
de la formation

Financement région (possibilité d'inclure  
Autres le CC DACM)

#### Conditions d'entrée et pré-requis

Avoir 18 ans à la date de formation

Réussir les tests de sélection

Être titulaire de l'unité d'enseignement «Prévention et Secours Civique» de niveau 1 : PSC1

### DOCUMENTS À FOURNIR

- 1 photo d'identité à insérer ou coller ci-dessus
- La photographie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Pour les français de moins de 25 ans : le certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense ou le cas échéant, l'autorisation de report.
- L'attestation de l'unité d'enseignement «Prévention et Secours Civique» de niveau 1 (PSC1)
- Un certificat médical (p4) mentionnant la non contre-indication à la pratique et l'enseignement de la discipline **datant de moins de 3 mois** (à fournir par mail à partir du 15 août)
- Une attestation d'assurance « Responsabilité civile » en cours de validité
- La copie du diplôme, ou des diplômes, mentionné(s) dans la partie «Qualification»
- La copie de toute pièce justificative donnant droit à une dispense, un allègement ou équivalence.
- Un chèque de 30€ à l'ordre de la **Ligue Bourgogne Franche-Comté de Handball**, correspondant au frais d'inscription aux tests de sélection (sauf formation financée par la Région)

Pour les stagiaires positionnés sur un financement de la formation par la Région :

- Un RIB

Pour les stagiaires positionnés sur une rémunération de la formation par la Région (fin/pas de droit pôle emploi) :

- Attestation Pôle Emploi de fin ou de non indemnisation datée de moins d'un mois à l'entrée en formation et pour les démissionnaires la copie du dernier contrat de travail + attestation employeur (UNEDIC)
- Attestation d'affiliation à un régime de protection sociale au nom du bénéficiaire (attention au principe d'ayant-droit non valable)
- Copie du dernier certificat de travail
- Copie des bulletins de salaire pour la période de référence (activité salariée d'une durée au moins équivalente à 6 mois à temps plein ou 910 h sur 12 mois ou 1820 h sur 24 mois)

# VOTRE IDENTIFICATION



## VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Département de naissance : Pays de naissance :  
Téléphone portable : E-mail :  
Adresse postale :  
Numéro de sécurité sociale :  
Êtes-vous en situation de handicap : oui non  
*Si oui, nous reviendrons vers vous pour étudier vos besoins*  
Diplôme le plus haut obtenu :  
Dernière classe suivie :  
Date de sortie du système éducatif :  
Date d'obtention du dernier diplôme : En apprentissage oui non

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

Comment financez vous la formation ?

OPCO :  
Contrat d'apprentissage  
Contrat de professionnalisation  
CDD  
CDI

CPF

Sesame

Financement personnel

Autre, précisez :

Pôle Emploi  
Identifiant :  
Date d'inscription  
Date fin d'indemnisation

## VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

Veuillez notifier les informations sur votre structure d'alternance

### Structure

Nom :  
Adresse postale :

Je n'ai pas encore de structure

### Représentant structure

Nom-Prénom :  
E-mail :  
Téléphone :

# QUALIFICATIONS



## VOS DIPLÔMES

COCHER LES TITRES, DIPLÔMES OU ATTESTATIONS OBTENUS  
(joindre impérativement les justificatifs)

Animateur Handball

Module T4 Handball, précisez :

Module U9\_U11 certifiées (CFF Football)

Module U13\_U15 certifiées (CFF Football)

Animateur école de rugby

Entraîneur régional (Basket)

Autres (préciser) :

## VOTRE EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLES EN RESPONSABILITÉS

*(Ou joindre un CV)*

**Fonctions**

**Missions**

**Années**

**Nom de la  
structure**

# CERTIFICAT MÉDICAL



Je soussigné

Docteur en médecine, certifie que

Madame, Monsieur

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Ne présente aucune contre indication **A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT** des activités physiques et sportives.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du praticien

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ souhaitant exercer les fonctions prévues aux articles L.21-1, L.212-2 et L.212-7 du code du sport, déclare remplir les conditions fixées par ces dispositions et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation m'interdisant l'exercice de ces fonctions, en application de l'article L.212-9 du même code.

J'atteste l'exactitude des informations portées dans la présente déclaration.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



## LIGUE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ DE HANDBALL

Dossier à envoyer à l'adresse postale suivante ou par mail

### Contact administratif

Creusot Défi 2000  
Maison des associations  
27 rue des abattoirs, 71200 LE CREUSOT

### Contact pédagogique

Thibaud SURIVET  
03 85 80 15 56 / 06 10 59 35 72  
defi2000@orange.fr

<http://liguebfc-handball.fr>

N°SIRET : 327 437 117 00 036  
N°Organisme de formation : 43 25 020 8525