

DOSSIER D'INSCRIPTION

BPJEPS

Activités Physiques pour Tous

INFORMATIONS

Nom Prénom

Photo d'identité

DOSSIER À RENDRE AVANT LE 20 AOÛT 2021

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 le CC DACM)
Autres

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 DIPLOMES

COCHER LES TITRES, DIPLOMES 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