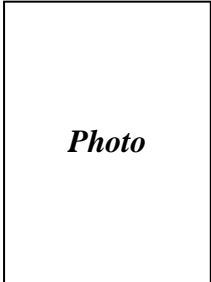




MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE



**Dossier d'inscription**  
Certificat de Qualification Professionnelle  
Animateur de Loisir Sportif  
Option Jeux Sportifs Jeux d'Opposition

NOM du candidat : .....

Prénom : .....

Cadre réservé à l'administration :	
Règlement par chèque joint : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Montant et date du chèque :   Dossier traité le :  Par :	<input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet  Manque :

## **PIECES A FOURNIR**

- Lettre de motivation
- C.V. détaillé/copie des diplômes
- Deux photos d'identités récentes
- Photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso en cours de validité, ou du passeport en cours de validité, ou du livret de famille
- Pour les moins de 25 ans, les photocopies de l'attestation de recensement et du certificat de participation à l'appel de préparation à la défense
- Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie et non de la carte vitale
- Copie de l'attestation d'assurance de Responsabilité Civile
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités relatives au diplôme, datant de moins de trois mois  
(document en page 10 à faire compléter).
- 1 Attestation de pratique ou d'encadrement d'activités sportives : 140 h de pratique dans une des 3 familles d'activités minimum sur les 3 dernières années précédant l'inscription en formation (document en page 11 à faire compléter)
- Chèque de 1200 € libellé à l'ordre de l'agent comptable de l'UFOLEP 44 correspondant aux frais de formation et d'inscription.

### **A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER**

**Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :**

Maxime LETHU  
9 rue des Olivettes – 44071 Nantes  
[mlethu@fal44.org](mailto:mlethu@fal44.org)  
02.51.86.33.34

## FICHE D'IDENTITE STAGIAIRE

M.

Mme

NOM (de naissance) : .....

NOM d'USAGE : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Département ou pays de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Statut personne handicapée :      OUI     NON

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone:..... portable : .....

Courriel : .....

Situation actuelle :

Bénévole licencié UFOLEP - n° licence : .....

Salarié dans une association UFOLEP - n° licence : .....

Bénévole licencié dans une association non affiliée à l'UFOLEP

Salarié licencié dans une association non affiliée à l'UFOLEP

Autre (préciser) : .....

## PARTIE PEDAGOGIQUE

### PARCOURS PERSONNEL, PROFESSIONNEL ET SPORTIF

Diplômes scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s)	Année	
Diplôme(s) d'Etat (BEES, BP JEPS, ...)	Année	
Diplômes fédéraux (préciser la fédération concernée)	Année	Lieu
Autres diplômes (BAFA, BAFD, PSC 1...)	Année	

**LES PHOTOCOPIES DES DIPLOMES SONT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

## EXPERIENCE D'ANIMATION

Possédez-vous une ou des expériences d'animation sportive et/ou socioculturelle ?

Oui  Non

Si Oui, veuillez remplir le tableau suivant :

(au cours des 5 dernière années uniquement)

Dates	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Activité(s) encadrée(s)	Public concerné	Nombre d'heures ou pourcentage de temps travaillé

Autres expériences d'encadrement ?

Oui  Non

Si Oui, veuillez remplir le tableau suivant :  
(au cours des 5 dernières années uniquement)

Date	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Mission principale

### **ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES PRATIQUEES**

Lister les activités physiques et sportives pratiquées en-dehors de celles concernées par les « attestations obligatoires de pratique » fournies dans le dossier :

Activités pratiquées	Dans quelle structure ?	Volume horaire par an	Date

## STRUCTURE D'ACCUEIL

Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique ?  Oui  Non

Si oui :

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom du représentant de la structure : .....

N° SIRET : .....

Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ?  Oui  Non

Si oui :

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Diplôme du tuteur : .....

## **EXPOSE DES MOTIVATIONS**

En vous appuyant sur votre expérience, vous rédigez, de votre main, un texte qui mettra en valeur les objectifs (à moyen et long terme) que vous désirez atteindre en vous engageant dans cette formation.

Vous devrez vous appuyer sur les aspects suivants : expérience personnelle, projet professionnelle...



## **FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Votre formation sera financée par :

- Votre entreprise
- Votre association
- L'OPCA de votre employeur
- Financement personnel
- Autre (préciser) : .....

## **NOM DE LA STRUCTURE FINANCEUR**

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

N° SIRET : ..... OPCA : .....

Par ce dossier,

1 – Je sollicite mon inscription à la préqualification à la formation du Certificat de Qualification Professionnelle « Animateur de Loisirs Sportifs et Savoirs de base – Savoir-être »  
Option « Jeux sportifs et jeux d'opposition »

2 – Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à ....., le .....

Signature de la, du candidat(e)



MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

## **CERTIFICAT MEDICAL**

**Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport**

**Je soussigné(e)**.....

Docteur en :

Médecine Générale  Médecine du Sport  Autre Spécialité :.....

Demeurant :

.....  
.....

**Certifie avoir examiné ce jour :**

M / Mme / Mlle (*rayez la mention inutile*) : Nom.....Prénom.....  
Né(e) le : ..... / ..... / .....

Demeurant : .....  
.....

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

**- à la pratique sportive :**

Sans restriction  A l'exception de la (des) discipline(s) :  
.....

**- à l'encadrement et l'animation de loisirs sportifs :**

Sans restriction  A l'exception de la (des) discipline(s) :  
.....

Fait à ....., Le ..... / ..... / .....

Cachet du Médecin Signature du médecin

Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.

P.S. : ce certificat devra dater **de moins de 3 mois** à la date limite d'inscription à la formation.

**A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE**

**Attestation de pratique d'activités physiques et sportives**

Au regard des prérequis pour la délivrance du  
CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE  
D'ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF

**Je soussigné,**  
(Nom, prénom) :

**Responsable de la structure** (Dénomination) :

Adresse :

**Atteste sur l'honneur que M.** (Nom, Prénom) :

Date et lieu de naissance :

**A pratiqué les activités** .....  
dans le cadre d'une activité de loisirs ou de performance sur **une durée minimale de 140 heures au cours des trois dernières années** répondant aux caractéristiques ci-après mentionnées :

**Nature, volume (en heures) et période (début et fin) des activités effectuées :**

- 
- 
- 
- 

fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet de la structure

Signature du responsable de la structure