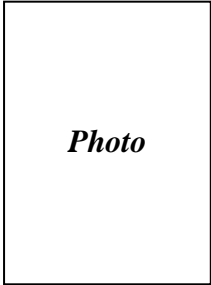




MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,
DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE



Dossier d'inscription Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisir Sportif Option _____ (à compléter)
--

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITE.
LIMITE DE CANDIDATURE : 1^{er} SEPTEMBRE 2017**

**MERCI DE RENVOYER LES DOSSIERS A :
UFOLEP PAYS-DE-LA-LOIRE – MAISON DES SPORTS – BATIMENT C
RUE ROMAIN ROLLAND 44100 NANTES**

NOM du candidat :

Prénom :

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

PIECES A FOURNIR

- 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
- 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 d'un an (document en page 10 à faire compléter).
- Copie du diplôme du PSC 1 (Prévention et Secours Civiques de Niveau 1) ou tout autre diplôme équivalent
- Chèque de 50 € libellé à l'ordre de l'agent comptable de l'UFOLEP Pays-de-la-Loire correspondant aux frais d'inscription.
- Chèque de 1855 € libellé à l'ordre de l'agent comptable de l'UFOLEP Pays-de-la-Loire correspondant aux frais de formation et d'inscription.

A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

UFOLEP Pays-de-la-Loire
Agnès LOISEAU
Maison des Sports - Bâtiment C
rue Romain Rolland – 44100 Nantes
ufoleppaysdelaloire@gmail.com
02.40.38.34.57
06.66.01.02.86

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 :

Activités pratiquées	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 :

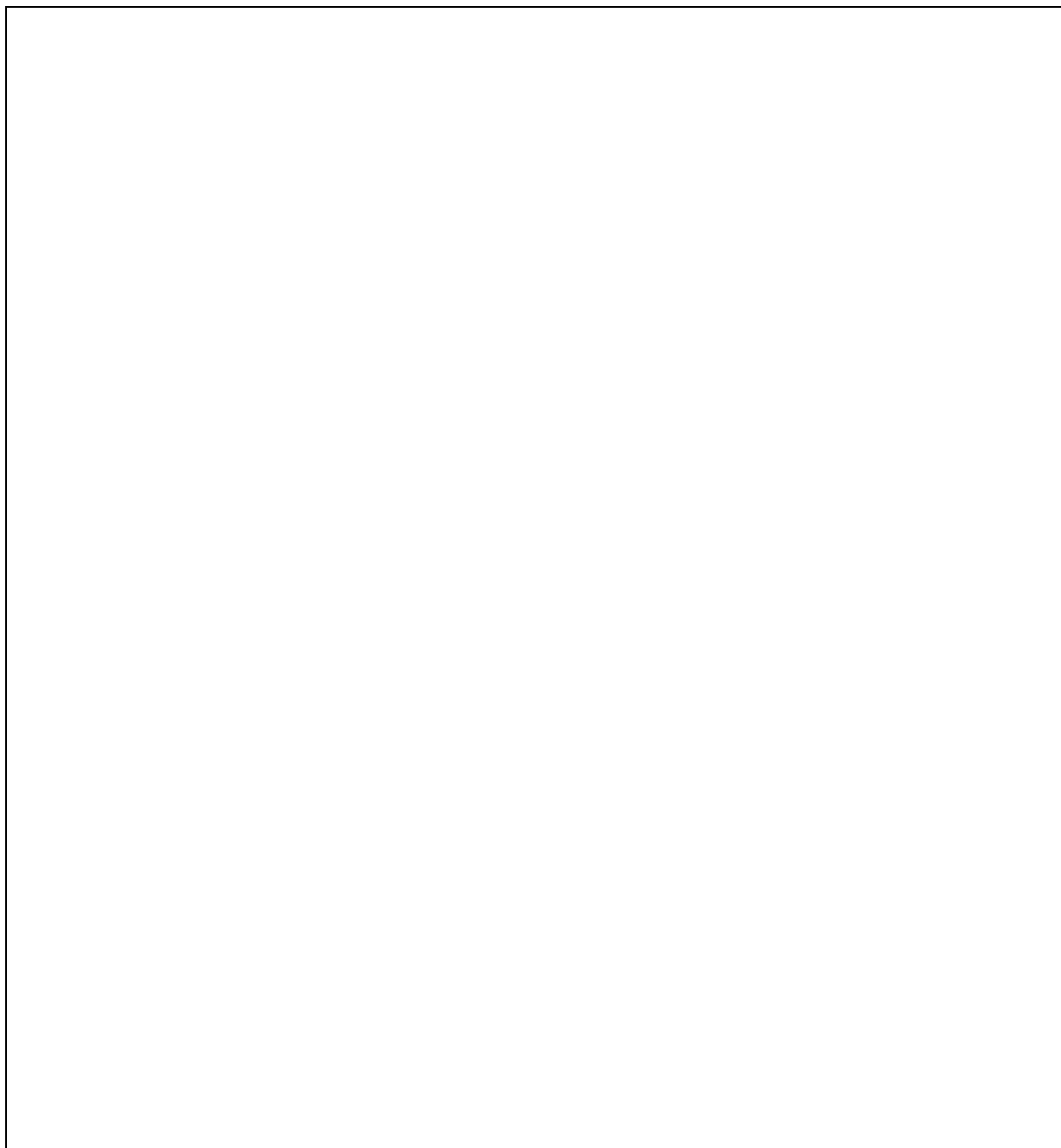
Téléphone : Email :

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 Loisir Sportifs - 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 d'un an** à la date limite d'inscription à la formation.