



Dossier d'Inscription



Formation CQP ALS option AGEE

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisir Sportif
Option Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression

À retourner avant le 30 septembre 2025
Formation d'octobre à mai

Sport Formation

Technopôle Agroparc - 105 rue Pierre Bayle - 84000 AVIGNON
Tél : 07.66.15.94.45 ou 09.84.55.94.03
admin@aquasport-formation.com

www.sportformation.fr

SIRET : 807 992 656 00023

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 93.84.03682.84
du Préfet de région Provence Alpes Côte d'Azur



DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- La **fiche identitaire dûment complétée** et renvoyée par courrier (*Technopôle Agroparc - 105 rue Pierre Bayle à Avignon, 84000*) ou mail (admin@aquasport-formation.com)
- La demande d'autorisation d'utilisation de l'image et des données d'une personne
- Le certificat de non contre-indication à la pratique sportive et à l'animation sportive datant de moins d'1 an **sur le modèle joint**.
- La **carte d'identité** ou le passeport ou livret de famille ou titre de séjour
- L'**attestation** de la sécurité sociale (format A4)
- La **carte vitale** lisible
- L'**attestation** d'assurance responsabilité civile
- Un **CV** détaillé
- Une **lettre présentant vos motivations** à suivre la formation et votre projet professionnel
- 2 photos** d'identité (une collée sur le dossier et une supplémentaire avec vos prénom et nom annotés au dos)
- Deux chèques :**
 - un de 95,00 € libellé à l'ordre du *Sport Formation* correspondant aux frais de dossier, encaissé à réception du dossier et non remboursable
 - un chèque de 250,00 € libellé à l'ordre du *Sport Formation* correspondant à une caution sur les coûts de formation.
- En cas de prise en charge par un organisme paritaire (OPCO...), veuillez fournir un **justificatif de l'organisme financeur mentionnant le montant de l'aide**
- Diplôme fédéral et/ou professionnel** dans le sport ou l'animation
- L'attestation de Formation **PSC 1 ou SST** (ou équivalent) ou diplômes supérieurs (PSE 1 ou PSE2 à jour de leur formation annuelle)
- Si vous avez un tuteur pour le stage en alternance, joindre la copie de son diplôme

À réception de votre dossier par notre service Administratif, vous recevrez un mail accusant réception et confirmant que le dossier est complet ou qu'il manque des éléments. **Votre candidature ne sera effective qu'à réception complète du dossier.**

Dix jours avant les tests préalables à l'entrée en formation, vous serez convoqué.e par mail pour participer aux tests (*voir le détail dans le programme de la formation – dossier envoyé sur demande, par mail*).

Les résultats et la confirmation d'entrée en formation vous seront confirmées quinze jours après les tests.



FICHE IDENTITAIRE

Photo à agraffer ou
à coller

1. Identité

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de Naissance : Nationalité :

Département : Ville :

N° Sécurité sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_|
|_|_|

Adresse :

.....

Code postal : Ville

☎ : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Mail : @

Êtes-vous en situation de handicap ? Oui Non

Nous vous ferons parvenir notre livret d'accueil spécifique PSH (Personne en Situation de Handicap)

Bénéficiez-vous d'une prise en charge du coût de la formation ? Oui Non

Si oui, par quel organisme ?

.....

Si non, quelles sont vos pistes de financement ?

.....



2. Situation professionnelle

Demandeur d'emploi

Date d'inscription : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|_|

Identifiant France Travail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse de l'agence France Travail :

.....

☎ : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Conseiller(ère).....

Percevez-vous le RSA ? Oui Non

Salarié

Fonction :

Structure :

Adresse :.....

.....

☎ : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Type de contrat ? CDI CDD, date de fin :.....

Autre situation (*lycée, étudiant, bénévole, sans activité...*)

Précisez :

.....

.....

Si vous avez moins de 26 ans, indiquez les coordonnées de la Mission Locale dont vous dépendez :

.....

.....

☎ : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Conseiller(ère).....



3. Diplômes & études

Êtes-vous inscrit dans un cursus d'études ? Oui Non

Si oui, à quel niveau ? CAP BEP BAC BAC + 1
 BAC +2 BAC + 3 BAC +4 et plus

Si non, à quelle date avez-vous arrêté votre scolarité ?

Dernière classe fréquentée :

Dernier diplôme obtenu ? CAP BEP BAC BAC PRO
 BTS Licence Master Doctorat

Précisez la spécialité :

Avez-vous suivi des formations complémentaires ? Oui Non

Précisez :

.....

Possédez-vous un **diplôme Jeunesse et Sports** ? : Oui Non

BAFA BAFD BAPAAT Partie commune BEES 1^{er} degré

BEES, option :

BP JEPS, option :

Date d'obtention :

Êtes-vous titulaire du diplôme de secourisme **PSC 1^{er} niveau** ? : Oui Non

Date d'obtention :

Date de la dernière révision annuelle :

Possédez-vous un ordinateur ? Oui Non

Ordinateur portable Ordinateur de bureau (fixe)



Je soussigné.e, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

J'ai lu et j'accepte les conditions générales de vente et d'utilisation
(disponible sur notre site internet)

Fait à le

Signature du.de la candidat.e



CERTIFICAT MÉDICAL

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 (préciser)

Demeurant :

.....
.....

Certifie avoir examiné ce jour, M. / Mme (*rayez la mention inutile*) :

.....

Né(e) le : / / à :

Demeurant :

.....
.....

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

À LA PRATIQUE SPORTIVE ET À L'ENCADREMENT ET L'ANIMATION DE LOISIR SPORTIF

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

Fait à

Le / / 20....

Signature et Cachet

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.



DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE ET DES DONNÉES D'UNE PERSONNE

Je soussigné.e.....

demeurant.....

.....

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

Mail :..... @

Suivant la formation :.....

autorise SPORT FORMATION à me photographier, me filmer, utiliser mon image durant la durée de ma formation et à utiliser mes coordonnées pour l'abonnement à la Newsletter.

n'autorise pas SPORT FORMATION, à me photographier, me filmer, utiliser mon image durant la durée de ma formation et à utiliser mes coordonnées pour l'abonnement à la Newsletter.

Les photographies et/ou images pourront être exploitées et utilisées directement par AQUA SPORT FORMATION, à titre gratuit et non exclusif, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour une durée de 5 ans. Elles pourront être utilisées intégralement ou par extraits, et notamment sur les supports suivants :

- Presse,
- site Internet de SPORT FORMATION ou celui d'un de ses partenaires,
- page Facebook, Instagram, LinkedIn de l'association,
- forum, expositions,
- publicité,
- projection publique.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies ou images susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

Fait à, le..... en un exemplaire
et de bonne foi*.

Signature précédée du nom et prénom :

* une copie de ce document vous sera remis sur simple demande



LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Avez-vous trouvé la structure d'accueil qui vous accueillera pour effectuer votre stage en alternance (80h) ?

Oui

Non

Si oui :

Structure :

Nom du dirigeant : Prénom

Adresse :

.....

Code postal : Ville

☎ : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mail : @

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

Si oui :

Nom du tuteur : Prénom

Diplôme :

Adresse :

.....

Code postal : Ville

☎ : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Mail : @



MIEUX VOUS CONNAITRE

✓ Pratiquez-vous une autre activité sportive, si oui laquelle ?

.....

✓ Possédez-vous un diplôme dans l'animation ou un diplôme sportif ?
(professionnel et/ou fédéral) Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

.....

.....

.....

✓ Avez-vous déjà enseigné une activité sportive ? Oui Non
(Précisez le public, l'activité, la durée, le cadre)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ Exercez-vous des activités bénévoles ? Oui Non

Si oui, la(es)quelle(s) :

.....

.....

✓ Renseignement(s) que vous pensez utile(s) de nous communiquer :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

