**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 15 septembre**

**Formation d'octobre à mars**

**Sport Formation**

Technopôle Agroparc - 105 rue Pierre Bayle - 84000 AVIGNON

Tél : 07.66.15.94.45 ou 06.51.98.81.44

[admin@aquasport-formation.com](mailto:admin@aquasport-formation.com)

www.sportformation.fr

SIRET : 807 992 656 00015

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](mailto:admin@aquasport-formation.com))

❒ 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)

❒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**.

❒ **Deux chèques :**

* un de 65,00 € 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**

❒ **Les justificatifs relatifs au statut de demandeur d’emploi et à la formalisation du projet** de formation auprès de votre conseiller Pôle Emploi

❒ Le **diplôme scolaire ou universitaire le plus élevé** ou du justificatif du niveau d’études diplômes sportifs ou fédéraux acquis

❒ L'attestation de Formation **PSC 1 ou SST** (ou équivalent) ou diplômes supérieurs (PSE 1 ou PSE2 à jour de leur formation annuelle)

❒ Le **diplôme fédéral et/ou professionnel** dans le sport ou l’animation (si vous en possédez un) ou bien l’attestation de pratique pour un volume minimum de 140 h

❒ Si vous avez un tuteur pour le stage en alternance, joindre la copie de son diplôme

❒ L’attestation de recensement ou du certificat individuel de participation à la journée d’appel à la défense pour les français de moins de 25 ans

❒ La ou les attestation(s) justifiant de votre expérience dans l’animation sportive

❒ **Pour les moins de 26 ans,** une attestation d’inscription auprès de la Mission Locale Insertion

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 agrafer 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 ?

1. **Situation professionnelle**

❒ Demandeur d'emploi

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

Identifiant Pôle Emploi (PE) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|

Adresse de l'agence PE :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

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)

1. **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 1er degré

🞎 BEES, option :

🞎 BP JEPS, option :

Date d'obtention :

Êtes-vous titulaire du diplôme de secourisme **PSC 1er 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.

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 *(rayer 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, sans limitation de durée. 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 Faceboook, Intagram, 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 (50h) ?

🞎 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 :

**ATTESTATION DE PRATIQUE\***

**Afin d'être exempté des tests physiques préalables à l’entrée en formation CQP ALS, vous pouvez justifier la pratique d’une activité physique et sportive d’une durée minimale de 140 heures durant les 3 dernières années, dans une même famille d’activités (AGEE, ARPO, JSJO).**

**Le représentant de l’association**

M. ou Mme ………………………………………………………………………………………………….

Fonction dans l’association : ………………………………………………………………………...

Nom de l’association : ………………………………………………………………………..………… atteste que

M. ou Mme …………………………………………………………………………………, candidat(e) à la formation

CQP ALS, a réalisé dans le cadre d’une activité de loisirs d’une durée de minimale de 140 heures au cours des trois dernières ci-dessous mentionnées.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de la pratique** | **Temps de pratique**  ***(en heures)*** | **Période**  ***(Début et fin)*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Date et signature du responsable de la structure :***

***Nom et signature du candidat :***

*Merci de bien vouloir joindre, toutes photocopies de documents attestant de votre pratique sportive (licence, justificatif) de votre Entraîneur, Éducateur ou Animateur…*

***\*Document à photocopier et à renseigner autant de fois que nécessaire***