



## Dossier d'Inscription



### Formation CQP ALS option AGEÉ

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

À retourner avant le 15 octobre 2023  
Formation de novembre 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](http://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](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 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**
- 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 àagrafer 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 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).....



### 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<sup>er</sup> degré

BEES, option : .....

BP JEPS, option : .....

Date d'obtention : .....

Êtes-vous titulaire du diplôme de secourisme **PSC 1<sup>er</sup> 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 (*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, 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 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

