

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION **BPJEPS** Éducateur sportif

Mention : Boxe - Sports de contact &
DA - Hockey sur gazon ou Ski nautique

25 novembre 2024 - 30 avril 2025

E-learning

UC1 - UC2

2024

DOSSIER DE CANDIDATURE

BPJEPS « ÉDUCATEUR SPORTIF » E-learning

Du 25/11/2024 au 30/04/2025

Mention à choisir :

BOXE

SPORTS DE CONTACT

HOCKEY SUR GAZON

SKI NAUTIQUE

**Cochez la mention choisie*

Formation exclusivement réservée aux titulaires d'un diplôme fédéral dispensant des UC3-UC4 dans la mention

Dossier à retourner avant le : 11 novembre 2024

A l'attention de : **SAS CHALLENGES ACADÉMIA**
Antenne administrative
9 Impasse La Croix
39 600 VILLETTE LES ARBOIS

État Civil

Mme, M. : Nom de jeune fille :

Prénom : Situation familiale :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité : N° de Sécurité Sociale :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Mobile :

E-Mail :

Êtes-vous en situation de handicap : Oui Non

Si oui, avez-vous la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé : Oui Non

Code partenaire (facultatif) :

Situation professionnelle actuelle

En activité

Sans emploi

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Emploi occupé :

Mission(s) :

Diplômes obtenus (scolaires, universitaires ou sportif)

| INTITULÉ DU DIPLOME | ANNÉE D'OBTENTION/LIEU |
|---------------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |

Expériences professionnelles et/ou bénévoles

| EMPLOYEUR | ANNÉE | MISSIONS |
|-----------|-------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Expériences sportives

Pour la mention :

- Fédération :
- Club d'appartenance :
- Nombre d'année(s) de pratique

Informations relatives aux procédures de financement

- **CPF** : Les démarches doivent être effectuées 15 jours avant la date d'entrée en formation.
- **France Travail** : Les démarches doivent être effectuées au moins 25 jours avant l'entrée en formation auprès de votre conseiller(ère)
- **Financement personnel** : Règlement possible en plusieurs fois

Pour toute question sur le financement de votre formation, merci de contacter votre référente administrative (voir coordonnées page suivante)

Cocher et remplir les cases correspondantes

| TYPE | | REFERENCES | MONTANT |
|------|---|--|---------|
| | CPF | Démarche à réaliser sur le site moncompteformation.gouv.fr | |
| | FRANCE TRAVAIL (EX PÔLE EMPLOI) | IDENTIFIANT FRANCE TRAVAIL : CODE RÉGION FRANCE TRAVAIL : | |
| | PERSONNEL | <input type="checkbox"/> Prélèvement (mandat SEPA à remplir voir annexe) <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Chèque (à joindre) | |
| | STRUCTURE | | |
| | AUTRE (Préciser) | | |

Structure d'accueil envisagée pour la période de stage

| STRUCTURE | | | |
|------------------|-----------|---------------|---------|
| NOM | | | |
| SIRET | | | |
| NOM DU DIRIGEANT | | | |
| ADRESSE POSTALE | Adresse : | Code postal : | Ville : |
| MAIL | | | |
| TÉLÉPHONE | | | |

IMPORTANT

- Le tuteur doit impérativement être titulaire du diplôme (équivalent ou supérieur) dans la mention choisie par le stagiaire.
- Le tuteur doit être titulaire d'une carte professionnelle en cours de validité.
- **Ces deux documents (diplôme et carte professionnelle) sont à joindre **obligatoirement** au dossier d'inscription**

| TUTEUR | |
|-----------------------|---------------------------|
| NOM | |
| Prénom | |
| DIPLÔME DU TUTEUR | Intitulé : Date : |
| CARTE PROFESSIONNELLE | N° : Valide jusqu'au : |
| MAIL | |
| TÉLÉPHONE | |

Pièces à joindre au dossier

Un dossier d'inscription incomplet ne sera pas pris en compte

- Une photocopie de votre **pièce d'identité recto/verso** en cours de validité
- Un **certificat médical** mentionnant votre aptitude à la pratique et à l'enseignement de la mention choisie (**annexe 1 ci-dessous**)
- La copie des diplômes dispensant des UC1-UC2 (Prévôt, BMF2, BMF3...)
- L'Attestation de Formation à la Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1), PSE1, PSE2, SST ou AFGSU en cours de validité.
- La copie de **l'attestation de recensement** ou du **certificat individuel à l'appel de préparation à la défense** (JAPD ou JDC) pour les français de moins de 25 ans
- Le diplôme et carte professionnelle du tuteur en cours de validité
- Le justificatif de financement (si possible)
- Une photo d'identité
- Si concerné, le document attestant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- Si concerné, le mandat de prélèvement accompagné d'un RIB

RAPPEL : Toute personne souhaitant s'inscrire en formation doit s'assurer d'être en conformité avec l'article L212-9 du Code du Sport (conditions d'honorabilité)

Entrée et fin de formation

Date d'entrée en formation : le 25/11/2024

Date de fin de formation : le 30/04/2025

Le positionnement des candidats

Le positionnement est une étape **obligatoire** pour l'entrée en formation. Vous recevrez une convocation vous indiquant votre date et heure de passage.

Dates : le 25 et 26 novembre 2024 – Entretien en visioconférence

Protection des données (RGPD)

La SAS Challenges Académia dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les données personnelles des stagiaires inscrits (es) au sein de son organisme de formation. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service administratif de la SAS Challenges Académia, secretariat@challengesacademia.com. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant à l'exception des mentions obligatoires relevant des dispositifs règlementaires de formation.

J'ACCEPTÉ* EXPLICITEMENT L'UTILISATION DE MES COORDONNÉES AFIN D'ÊTRE RECONTACTÉ (E) AU SUJET DE MA DEMANDE EXPRIMÉE À TRAVERS CE FORMULAIRE. LES DONNÉES SERONT STOCKÉES LE TEMPS DE LEUR TRAITEMENT ET POUR UNE DURÉE MAXIMALE DE 3 ANS.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données pour le traitement des demandes exprimées. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées exclusivement aux équipes de Challenges Académia, et ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous sollicitant via ce même formulaire.

*Cocher la case pour accepter

Nom et mention « Lu et approuvé » :

Droit à l'image : J'accepte l'utilisation de mon image pour toutes communications en lien avec la formation BPJEPS.

Nom et mention « Lu et approuvé » :

Contact d'inscription :

Pôle sport - sport@challengesacademia.com – 07 49 97 95 19

Adressez votre dossier complet :

PAR MAIL

Pôle sport
sport@challengesacademia.com

OU

PAR COURRIER

SAS CHALLENGES ACADÉMIA
Antenne administrative
9 Impasse La Croix
39 600 VILLETTE LES ARBOIS

BPJEPS
SPÉCIALITÉ : ÉDUCATEUR SPORTIF
MENTION :

CERTIFICAT MÉDICAL TYPE
(Modèle de CM imposé par le code du sport)

Pour être valable : ce certificat doit être délivré moins de 1 an avant la date d'entrée en formation

Examen médical approfondi et spécifique réalisé par un médecin devant posséder des qualifications reconnues par l'ordre ainsi que des diplômes nationaux ou d'université précisés par le règlement préparé par la commission médical de à la fédération sportive concernée, adopté par le comité directeur de la fédération ou, le cas échéant, par le conseil fédéral et approuvé par le ministre chargé des sports.

(Arrêté du 28 avril 2000 fixant la liste des disciplines sportives pour lesquelles un examen médical approfondi est nécessaire en application de l'article 5 de la loi n°99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage).

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, certifie avoir réalisé un examen approfondi et spécifique en **date** du de Mme ou M.
né(e) le..... .

Et n'avoir constaté qu'elle (il) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement de la discipline :

(1) **Boxe – Sports de contact & DA - Hockey sur gazon – Ski nautique**

(1) *Rayer les mentions inutiles*

Observations :

.....
.....
.....

Signature et Cachet du Médecin

