challenges ACADEMIA
Transformez votre passion en carrière

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION DEJEPS

Entraînement et perfectionnement sportif

Mention Sports de contact

25 janvier 2027 - 30 septembre 2027

E-learning

2027

Formation en cours d'habiliation

DOSSIER DE CANDIDATURE

DEJEPS « ENTRAÎNEMENT et PERFECTIONNEMENT SPORTIF » E-learning

Du 25/01/2027 au 30/09/2027

MENTION SPORTS DE CONTACT

(Cocher l'option choisie)

☐ Option A : Kick Boxing

☐ Option B : Boxethaï-muaythai

Dossier à retourner avant le : 10 janvier 2027

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 DIPLÔME	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 .....

Financement envisagé

Informations relatives aux procédures de financement

- **CPF** : Les démarches doivent être effectuées au moins 15 jours avant l'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 3 mensualités

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	☐ Prélèvement (mandat SEPA à remplir voir annexe) ☐ Virement ☐ 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 et l'option 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	
Adresse postale	

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 l'option choisie (annexe 1 ci-dessous)
- ○ La copie du **diplôme professionnel ou fédéral** si vous en êtes détenteur.
- ○ L'Attestation de **réussite** ou diplôme de votre formation aux premiers secours citoyen (PSC) ou : 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
- ○ Une attestation, délivrée par votre président de club, justifiant d'une expérience pédagogique de perfectionnement dans l'option choisie d'une durée de plus de 300 heures sur les 3 dernières années. **Uniquement pour les non-titulaires du diplôme BMF3 délivré par la FFKMDA.** (Annexe 2 ci-dessous)
- ○ Le diplôme et la 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 25/01/2027
Date de fin de formation : le 30/09/2027

Les tests d'exigences préalables (TEP)

Les TEP sont une épreuve **obligatoire** pour l'entrée en formation. Vous recevrez une convocation vous indiquant votre lieu, date et heure de passage. Ils seront réalisés au moins 15 jours avant le début de la formation.

La réalisation d'un test d'exigences préalables consistant en une mise en situation d'opposition en trois fois deux minutes en sports de contact en démontrant le panel technique ainsi que la maîtrise des schémas technicotactiques dans l'option choisie.

Sont dispensés des TEP les titulaires d'un Brevet de moniteur fédéral 3e degré mention « sports de contact et disciplines associées » délivré par la FFKMDA.

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 janvier 2027** – 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) en formation 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'ACCEPTE* EXPLICITEMENT L'UTILISATION DE MES AFIN D'ETRE RECONTACTÉ (E) AU SUJET DE MA DEMANDE EXPRIMÉE À TRAVERS CE FORMULAIRE.

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 DEJEPS.

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

DEJEPS
SPÉCIALITÉ : Entraînement et perfectionnement Sportif
MENTION : SPORTS DE CONTACT

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 :

Kick-Boxing - Boxethaï-Muaythai*

(1) Rayez la mention inutile

Observations :
……
……

Signature et Cachet du Médecin

DIPLÔME D'ÉTAT DE LA JEUNESSE, DE l'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT
SPÉCIALITÉ : ENTRAÎNEMENT ET PERFECTIONNEMENT SPORTIF
MENTION : SPORTS DE CONTACT

Attestation de 300h minimum en encadrement sportif au cours des 3 dernières années dans l'option choisie

Je soussigné(e) : ……...…

Certifie que Mme ou M…….

Né(e) le :……./……/……. à…….

Demeurant à : ……...

Commune : …….. Code postal : ……..…..

Justifie d'une expérience pédagogique dans l'encadrement sportif au cours des 3 dernières années

Nature des fonctions exercées :……...…..

Depuis le : ……...……...…..

Volume horaire hebdomadaire : ……..…

Nombre totale d'heures effectuées : ……..…. (Jusqu'à la date de délivrance de l'attestation)

Option : …….

Nom de la structure : ……..……...……...……...…….

Adresse de la structure : ……..……...……...……...……...…..…

Commune : ……..……...……...…… Code postal : ……...…….

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans cette attestation

Fait à : ……. Le ……../……../……..

Responsable de la structure Date : …… Signature et cachet	Validation par le DTN de la FFKMDA Date : …… Signature et cachet

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Créancier : SAS CHALLENGES ACADEMIA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SAS CHALLENGES ACADEMIA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque conformément aux instructions de SAS CHALLENGES ACADEMIA.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : SAS CHALLENGES ACADEMIA
Identifiant du créancier : FR28ZZZ891C84
Adresse du créancier : 149 avenue du Maine 75014 PARIS
Pays du créancier : France

Tout refus ou rejet de prélèvement entraînera la refacturation des frais bancaires au débiteur.

Votre NOM : ……

Votre Prénom : ……

Vos coordonnées bancaires :

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

FR……

BIC - Code international d'identification de votre banque

……

Type de paiement : ☐ Paiement en …… fois * ☐ Paiement unique

Date de prélèvement souhaité : ☐ 5 ☐ 15 ☐ 30 du mois

**3 mensualités maximum*

MERCI DE JOINDRE UN RIB

Date :
Signature :