



DOSSIER D'INSCRIPTION

Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et des Sports
Spécialité : Activités Gymniques de la Forme et de la Force
Formation habilitée par la DRJSCS de Lorraine

Je soussigné(e) Nom:
 Prénom:

sollicite mon inscription pour les :

**Exigences préalables à l'entrée en formation
BP JEPS AGFF du 22 octobre 2015**

Photo à coller

Date limite d'inscription: **Un mois avant l'entrée en formation**, cachet de la poste faisant foi
Formation limitée aux trente premiers dossiers **complets** reçus

Dossier à renvoyer au

**CRF de la FNMNS
89 Boucle du milan
57100 THIONVILLE**

Cadre réservé au CNF de la FNMNS

Date du cachet de la poste:

Dossier reçu/déposé le :

Pièces en attente :

Cachet du service et signature

4 enveloppes timbrées (sans inscription)

4 timbres au tarif en vigueur

Une attestation d'assurance en responsabilité civile

Une copie de l'arrêt de recensement et du certificat de participation à l'appel de préparation à la défense

Lettre de motivation

Frais d'inscriptions 50 €

[Les diplômes ou attestations :](#)

La photocopie des diplômes de secourisme (AFPS – AFCPSAM – DSA – PSC1 – PSE1) – possibilité de réaliser le PSC1 par le centre de formation en amont de votre entrée
L'attestation de réussite à l'examen de préformation – Livret de formation (photocopie)
en fonction de votre parcours

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE

DATE LIMITE: 22 Septembre 2015

Présentez vous

Je soussigné (e), Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu :

Département de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Mobile :

Courriel (obligatoire) :

Adresse pendant la formation :

Code Postal :

Ville :

Couverture sociale:

CPAM Personnelle (n°) :

CPAM Parents (ayant-droit) (n°) :

Sécurité Sociale Étudiante (nom) :

Mutuelle (nom) :

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, le CNF de la FNMNS vous informe que votre identité, vos résultats d'examen, et éventuellement votre photographie pourront être mis en ligne sur le site Internet de la FNMNS.

Si vous vous opposez à cette mise en ligne, merci de cochez la case suivante:

Votre situation

Nom de l'employeur :

Adresse :

Adresse :

Inscrit au Pôle Emploi

Préciser :

Préciser :

Votre cursus de formation

Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de:

Diplôme scolaire le plus haut obtenu :

Année d'obtention :

Suivi d'études universitaires:

Si oui, lesquelles :

Diplôme universitaire le plus haut obtenu :

Année d'obtention :

Suivi de formations professionnelles:

Si oui, lesquelles :

Titre professionnelle plus haut obtenu :

Année d'obtention :

Votre cursus de formation

(joindre impérativement une copie)

Diplômes Fédéraux (précisez) :

Autres (précisez) :

Votre situation sportive

Êtes-vous licencié dans une activité sportive ?

Si oui, nom et adresse de votre club :

Votre pratique des activités gymniques ou fitness

Faites-vous des compétitions ?

A quel niveau ? :

Connaissez-vous votre niveau de performance sur des levés de barres ?

Si oui, Précisez :

Votre expérience dans l'animation

Possédez-vous une expérience dans l'animation ?

Si oui, précisez (lieu - fonction) :

Votre financement de la formation

Avez-vous déjà été aidé au titre de la formation professionnelle ?

Si oui, à quelle date :

Avec quel organisme :

Mode de financement envisagé :

Organisme financeur sollicité :

Récapitulatifs des démarches à effectuer avant le dépôt des dossiers d'inscription :

- *demandeur d'emploi : clarifier votre situation auprès du Pôle Emploi. Les moins de 26 ans doivent également rencontrer un **conseiller Mission Locale d'Insertion**.*
- *salarié : demande de congé de formation*
- *apprenti : recherche de la structure d'accueil*
- *clarifier votre situation d'assuré social auprès de la CPAM.*

J'atteste l'exactitude des informations portées dans le présent dossier d'inscription

Fait à le

Nom et signature

VOTRE DÉCLARATION DU STATUT DE STAGIAIRE

Application de l'article L.212-11 du code du sport, du décret n°93-1035 du 31 août 1993 modifié et de l'arrêté du 27 juin 2005 relatif à la déclaration d'activité prévus aux articles 12 et 13-1 dudit décret.

Toute personne procédant à cette déclaration fera l'objet d'une demande d'extrait de casier judiciaire (bulletin n°2) auprès du service du casier judiciaire national, comme prévu à l'article 2 de l'arrêté du 27 juin 2005, et conformément à l'article 203 de la loi n°2004-204 du 9 mars 2004.

ÉTAT CIVIL

Je soussigné (e), Nom :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu :

Département de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Signaler si vous résidez en Zone Urbaine Sensible (ZUS) :

Téléphone fixe :

Mobile :

Courriel (obligatoire) :

Pour les personnes nées à l'étranger :

Nom du père :

Prénoms du père :

Nom de jeune fille de la mère :

Prénoms de la mère :

QUALIFICATION – DIPLÔME PRÉPARÉ

Brevet Professionnel Jeunesse Éducation Populaire et Sports – Activités Gymniques de la Forme et de la Force

CNF de la FNMNS

Test Sélection : 23 octobre 2014

Maison Régionale des Sports

Positionnement : 23 octobre 2014

13 rue Jean Moulines – 54510 Nancy

Exigences préalables à la mise en situation pédagogique: 13 novembre 2014

Tel: 03.83.18.87.57

Période de formation : Du 23/10/14 au 23/07/15

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné éducateur (trice) sportif (ve) souhaitant exercer les fonctions prévues aux articles L.212-1, L.212-2 et L.212-7 du code du sport, déclare remplir les conditions fixées par ces dispositions et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation m'interdisant l'exercice de ces fonctions, en application de l'article L.212-9 du même code. J'atteste l'exactitude des informations portées dans la présente déclaration.

Fait à

le

nom et signature

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

À compléter dans tous les cas de prise en charge

Toute rature, surcharge ou omission sur ce document entraînera le retour du dossier et le retard de l'inscription. L'attestation de prise en charge doit être remplie par l'employeur ou la personne le représentant.

Nom ou raison sociale de l'employeur :

Numéro SIRET : code APE :

Adresse de facturation du soussigné :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Dossier suivi par :

Le soussigné s'engage à régler au CNF de la FNMNS lorraine souscrite au bénéfice de :

(Nom et prénom du stagiaire) :

pour un montant total de : euros.

(indiquer la somme en toute lettre)

La partie ci dessous ne concerne que les formations prises en charge par un employeur dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Si ce dernier a demandé une prise en charge directe du coût de la formation à un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) et obtenu de sa part une confirmation écrite, dûment datée et signée, qu'il joindra alors au présent dossier, il indique ci-dessous les coordonnées de l'organisme.

Dans le cas contraire, il est inutile de compléter cette partie.

Nom de l'OPCA : N° SIRET :

Adresse et facturation de l'OPCA :

Téléphone : Courriel :

Dossier suivi par :

À l'égard du CNF de la FNMNS, l'employeur reconnaît être débiteur en dernier ressort du coût de l'inscription (qu'il s'engage à régler en signant la présente attestation), dans l'hypothèse où l'OPCA n'assurerait pas tout ou partie de son financement, notamment dans le cas d'une assiduité discontinuée ou incomplète du stagiaire. Le paiement de la totalité des droits d'inscription, non encore acquittés six mois après l'action de formation, sera réclamé au réel débiteur.

L'employeur

DATE, CACHET ET SIGNATURE

À LE

Le cachet et la signature originaux sont exigés sous peine de nullité de la prise en charge.

Le titre de paiement doit être libellé à l'ordre du « CNF de la FNMNS Lorraine »



CERTIFICAT MEDICAL

**Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du brevet Professionnel de la
Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
Spécialité Activités Gymniques de la Forme et de la Force**

Je soussigné(e), docteur en médecine,
certifie avoir examiné M./Mme, candidat(e) au brevet
Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport spécialité « Activités Gymniques
de la Forme et de la Force », et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication
médicale apparente :

- " à la pratique et à l'enseignement des Activités Gymniques de la Forme et de la Force"

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit

Fait à....., le.....

Signature et cachet du médecin,