



EURO FITNESS FEDERATION

Dossier de candidature au
BPJEPS SPECIALITE ACTIVITES GYMNIQUES
FORME et FORCE

ANNEE 2011 à 2012

Photo

Exigences préalables à l'entrée en formation, tests de sélection, du 01/09/2011 au 02/09/2011,
Positionnement du 05/09/2011 au 09/09/2011,
Exigences préalables à la mise en situation pédagogique du 12/09/2011 au 04/11/2011,
Spécifique 07/11/2011 au 27/07/2012.

NOM : _____ Prénom : _____ Age : [_____] ans]

Date et lieu de naissance : le [_____] [_____] [_____] à : (c.p.) _____ (ville) _____

Adresse : _____ (c.p.) _____ (ville) _____

Tél. fixe: [_____] [_____] [_____] [_____] [_____] Portable : [_____] [_____] [_____] [_____] [_____]

Courriel : _____ @ _____ . _____

Régime de sécurité sociale : _____

Numéro de sécurité sociale : [_____] [_____] [_____] [_____] [_____] [_____] [_____]

Je m'inscris aux tests de sélection et à la formation du BP JEPS

MENTION C

MENTION D

Je m'inscris aux UC suivantes (si je possède déjà un ou plusieurs UC) :

UC1 [_____] UC2 [_____] UC3 [_____] UC4 [_____] UC5 [_____] UC6 [_____] UC7C [_____] UC7D [_____] UC8C [_____] UC8D [_____]

UC9C [_____] UC9D [_____] UC10 [_____] UCC Culturisme (facultatif) [_____] UCC Haltérophilie (facultatif) [_____]

Je certifie avoir pris connaissances des différentes modalités d'inscription et conditions d'admissions à la formation et de son déroulement. L'inscription est faite sous réserve d'avoir satisfait aux tests de sélection et au financement de la formation.

Signature

Expérience du milieu sportif

Sports pratiqués : _____ Niveau : _____

Sports pratiqués : _____ Niveau : _____

Niveau d'études ou de formation :

Brevet des collèges [___] BEP [___] Bac [___] DEUG [___] Licence [___] Master, etc. [___]

Précisions : _____

Je suis titulaire d'un diplôme ou d'une partie de diplôme me donnant une équivalence avec une partie du BPEJEPS AGFF
Identification des équivalences (Joindre obligatoirement la photocopie) :

UC1 [___] UC2 [___] UC3 [___] UC4 [___] UC5 [___] UC6 [___] UC7C [___] UC7D [___] UC8C [___] UC8D [___]

UC9C [___] UC9D [___] UC10 [___]

Précisions : _____

(Important : la licence et le master STAPS ne donnent aucune équivalence)

Financement de la formation

Je souhaite financer personnellement ma formation.

je souhaite financer ma formation par un contrat de professionnalisation

je souhaite financer ma formation par une prise en charge particulière

Précisions : _____

(Important : le financement doit être assuré lors du « positionnement »)

Pièces jointes obligatoirement

Cette fiche d'inscription avec la photo d'identité agrafée

Photocopie recto-verso de la carte d'identité

Photocopie de l'attestation de recensement ou du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense pour les français de moins de 25 ans

Photocopie du Brevet National de Secourisme (B.N.S.), ou du Brevet National des Premiers Secours (B.N.P.S.), ou de l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (A.F.P.S.) ou du diplôme Prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1).

(Important : le diplôme doit avoir moins de un an ou être réactualisé)

Le certificat médical de non contre indication à la pratique et à l'enseignement des activités de la Forme et de la Force de moins de 3 mois dûment rempli par un MEDECIN du SPORT

Photocopie de tous les diplômes pouvant entraîner une équivalence avec une UC

Une attestation d'assurance individuelle ou à responsabilité civile (voir avec votre assurance habitation, véhicule etc. : (ex : M.M.A, G.M.F, M.A.C.I.F, A.X.A, etc.), couvrant vos accidents personnels, vos activités durant les épreuves de sélection et en cas d'admission durant votre formation (activités sportives, déplacements, etc.).

CERTIFICAT MEDICAL

de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des Activités de la Forme et de la Force.

(à faire remplir impérativement par un médecin titulaire d'un C.E.S. de Biologie et Médecine du Sport)

Je soussigné(e),

Docteur (prénom) _____ (nom) _____

Médecin certifié(e) en Biologie et Médecine du Sport,

Demeurant _____ (c.p.) _____ (ville) _____

Certifie avoir examiné :

(prénom) _____ (nom) _____ né(e) le [____][____][____],

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique et à l'enseignement des activités de la Forme et de la force.

Observations éventuelles :

Fait à : _____ Le : ____/____/2011

Signature et Cachet du Médecin