



DOSSIER D'INSCRIPTION INITIAL - ENCP MARSEILLE

BP JEPS mention ACTIVITÉS DE LA FORME OPTION A «COURS COLLECTIFS» OPTION B «HALTÉROPHILIE-MUSCULATION»

Formation habilitée par la DRAJES de PACA.





Les Ateliers Decanis 22 avenue Saint-Barnabé 13004 MARSEILLE bp.af@encp.fr 02 99 30 06 81



DOCUMENTS À FOURNIR

Profil stagiaire (modèle joint) complété avec précision.
1 photo (à coller).
Copie recto verso de la carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité en 2 exemplaires.
Certificat médical d'aptitude à <u>la pratique et à l'enseignement des Activités de la forme</u> datant de moins d'un an à l'entrée en formation : <u>Seul le modèle joint est valable (page 4)</u> .
Photocopie de la carte vitale.
Photocopie du certificat de PSC1 - Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (ou équivalent : SST de moins de 2 ans ou AFPS). <u>L'initiation lors de la JAPD n'est pas valable.</u>
Si vous avez entre 18 et 25 ans : Photocopie de votre certificat de participation à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense ou l'attestation de recensement.
1 Chèque de frais de dossier et tests de 65€ libellé à l'ordre de l'ENCP. Les frais de dossier sont non remboursables en cas de désistement du candidat.
Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité : à demander auprès de votre assurance habitation.
Autorisation de droit à l'image signée (modèle joint page 5).
Attestation sur l'honneur du stagiaire attestant qu'il n'est pas frappé d'une incapacité d'exercice mentionné au casier judiciaire numéro 2 (modèle joint page 6).
Autorisation d'hospitalisation (modèle joint page 7).
Photocopies des diplômes suivants, <u>si vous en êtes titulaire</u> : l'attestation de réussite à la formation d'un BP JEPS. un diplôme délivré par une fédération sportive reconnue par le Ministère en charge des sports.
Une lettre de motivation <u>manuscrite</u> .
Le dossier complet doit être retourné à l'adresse postale suivante : ENCP

CES PIECES SONT DEMANDEES PAR LA DIRECTION REGIONALE DE LA JEUNESSE DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE ET SONT OBLIGATOIRES POUR LA PRESENTATION DU DOSSIER AUPRES DES SERVICES DE LA DRJSCS.

4 rue Nikola Tesla 35000 Rennes



PROFIL DU STAGIAIRE

1. IDENTITE							
	□ Madame □ Monsieur						
	Nom de naissance : Prénom :						
	Né(e) le : / / à : N° département :						
РНОТО А	Adresse:						
COLLER	Code postal : Ville :						
	Téléphone fixe : Téléphone Portable :						
	Mail:						
	ividii .						
2. PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL							
Date de votre fin de s	colarité (collège, lycée, études supérieures) mois/année :						
Niveau atteint : ☐ 6 (BEPC-DNB) ☐ 5	Niveau atteint : ☐ 6 (BEPC-DNB) ☐ 5 (BEP-CAP) ☐ 4 (BAC-BP-BT) ☐ 3 BAC+2 ☐ 2 BAC+3 et 4 ☐ 1 BAC+5 et +						
Diplôme le plus élevé ☐ Aucun ☐ BEPC-DN	obtenu : NB □ BEP-CAP □ BAC □ BAC+2 □ BAC+3 et +						
3. SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION							
3. SITUATION AVAI	NT L'ENTREE EN FORMATION						
3. SITUATION AVAI	NT L'ENTREE EN FORMATION N° de demandeur d'emploi :						
☐ Demandeur							
	N° de demandeur d'emploi :						
☐ Demandeur d'emploi	N° de demandeur d'emploi : Adresse de votre pôle emploi : Percevrez-vous des allocations chômages pendant la formation ?						
☐ Demandeur	N° de demandeur d'emploi : Adresse de votre pôle emploi : Percevrez-vous des allocations chômages pendant la formation ? Oui						
☐ Demandeur d'emploi	N° de demandeur d'emploi : Adresse de votre pôle emploi : Percevrez-vous des allocations chômages pendant la formation ? □ Oui □ Non (droits épuisés ou aucun droit). Votre statut : □ salarié du privé □ salarié du public □ autre, précisez : Votre contrat: □ CDD □ CDI □ Autre, précisez :						
☐ Demandeur d'emploi ☐ En emploi ou activité ☐ Etudiant	N° de demandeur d'emploi : Adresse de votre pôle emploi : Percevrez-vous des allocations chômages pendant la formation ? Oui Non (droits épuisés ou aucun droit). Votre statut : salarié du privé salarié du public autre, précisez : Votre contrat: CDD CDI Autre, précisez : Temps plein Temps partiel						
☐ Demandeur d'emploi ☐ En emploi ou activité ☐ Etudiant 4. INSCRIPTION SI	N° de demandeur d'emploi : Adresse de votre pôle emploi : Percevrez-vous des allocations chômages pendant la formation ? Oui Non (droits épuisés ou aucun droit). Votre statut : salarié du privé salarié du public autre, précisez : Votre contrat: CDD CDI Autre, précisez : Temps plein Temps partiel Cursus suivi :						



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e),
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour,
M
Et avoir constaté qu'il ou elle ne présente aucune contre-indication décelable à la pratique et à l'enseignement des Activités de la Forme option "Cours collectifs" et option "haltérophilie, musculation".
Au regard des exigences de la formation, ce sujet répond aux critères ci-dessous :
-Etat satisfaisant de la colonne vertébrale
-Etat satisfaisant du système cardio-respiratoire
-Etat satisfaisant des articulations
A, le
Signature et cachet du médecin,



AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

	<u>nutile</u>) l' EN	autorise o CP à utiliser mon image pour la promotion d s sur les différents supports de communication	le
Oui	Non		
		Le(Manuscrit « bon pour autorisation »)	
		Signature	



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)	atteste sur l'honneur :
 Ne faire l'objet d'aucune condamnation listée : Avoir pris connaissance qu'une personne concet article est dans l'incapacité d'encadrer une rémunéré ou bénévole. 	damnée pour crime ou délits mentionnés à
Article L212-9 Modifié par LOI n°2016-457 du 14 avril 2016 - a	rt. 2
INul ne peut exercer les fonctions mentionnées rémunéré ou bénévole, s'il a fait l'objet d'une délits prévus :	
1° Au paragraphe 2 de la section 1 du chapitre I 2° Au paragraphe 2 de la section 3 du chapitre I 3° A la section 4 du chapitre II du titre II du livre 4° A la section 1 du chapitre III du titre II du livre 5° A la section 2 du chapitre V du titre II du livre 6° A la section 5 du chapitre VII du titre II du livre 7° Aux articles L. 3421-1 et L. 3421-4 du code 6° Aux articles L. 232-25 à L. 232-29 du présent 9° A l'article 1750 du code général des impôts.	Il du titre II du livre II du même code ; II du même code ; II du même code ; II du même code ; e II du même code ; de la santé publique ;
IIEn outre, nul ne peut enseigner, animer ou auprès de mineurs s'il fait l'objet d'une mesure quelque titre que ce soit, à la direction et à l soumis aux dispositions législatives ou régleme accueillis en centre de vacances et de loisirs, a fait l'objet d'une mesure administrative de suspe	e administrative d'interdiction de participer, à l'encadrement d'institutions et d'organismes entaires relatives à la protection des mineurs insi que de groupements de jeunesse ou s'il
	A, le Signature



ATTESTATION D'HOSPITALISATION ET SOINS D'URGENCE

Je soussignée, M. ou Mme :				
autorise				
A faire hospitaliser en cas d'urgence, A faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, samu) A faire soigner dès que son état physique le nécessite, A transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiqué toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.				
Personne à prévenir en cas d'urgence :				
Numéro de téléphone :				
Avez-vous des allergies : OUI NON				
<u>si oui,</u> lesquelles :				
Avez-vous une contre indication médicale : OUI NON si oui, lesquelles :				
A, le Signature				