ÉCOLE NATIONALE DE LA CULTURE PHYSIQUE

DOSSIER D'INSCRIPTION

ENCP RENNES

PRÉPARATION AUX MÉTIERS DU SPORT

4 rue Nikola Tesla
35000 RENNES
bp.af@encp.fr
02 99 30 06 81

Datadock

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.
- ☐ **Certificat médical** d'aptitude à la pratique et à l'enseignement des Activités de la forme datant **de moins d'un an à l'entrée en formation** : **Seul le modèle joint est valable (page 4)**.
- ☐ Photocopie de la **carte vitale**.
- ☐ **Attestation d'assurance responsabilité civile** en cours de validité : à demander auprès de votre assurance habitation.
- ☐ **Autorisation de droit à l'image** signée (par le responsable légal pour les mineurs) (modèle joint p. 5).
- ☐ **Autorisation d'hospitalisation** (modèle joint page 6).
- ☐ **Autorisation parentale pour les mineurs** (modèle page 7).

Le dossier complet doit être retourné à l'adresse postale suivante :
ENCP
4 rue Nikola Tesla
35000 Rennes

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.

encp
ÉCOLE NATIONALE DE LA CULTURE PHYSIQUE

PROFIL DU STAGIAIRE

1. IDENTITE

PHOTO A COLLER	☐ Madame ☐ Monsieur Nom de naissance : Prénom : Né(e) le : / / à : N° département : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone fixe : Téléphone Portable : Mail :

2. PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

Date de votre fin de scolarité (collège, lycée, études supérieures) mois/année :

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 obtenu :
❒ Aucun ❒ BEPC-DNB ❒ BEP-CAP ❒ BAC ❒ BAC+2 ❒ BAC+3 et +

3. SITUATION AVANT L'ENTREE EN FORMATION

❒ 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).
❒ En emploi ou activité	Votre statut : ❒ salarié du privé ❒ salarié du public ❒ autre, précisez : Votre contrat: ❒ CDD ❒ CDI ❒ Autre, précisez : ❒ Temps plein ❒ Temps partiel
❒ Etudiant	Cursus suivi :

4. INSCRIPTION SESSION PRÉPARATION AUX MÉTIERS DU SPORT

Pour quelle session de formation souhaitez-vous vous inscrire ?
❒ Septembre

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

Je soussigné(e) ……autorise ou n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'**ENCP** à utiliser mon image pour la promotion de l'établissement et pour toutes ses productions sur les différents supports de communication connus ou à venir.

☐ Oui ☐ Non

Le ……..
(Manuscrit « bon pour autorisation »)

Signature

ATTESTATION D'HOSPITALISATION ET SOINS D'URGENCE

Je soussignée, M. ou Mme : .....

autorise ☐
n'autorise pas ☐ .....**l'ENCP**.....

- 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

si oui, lesquelles : ……..
……
……
……

Avez-vous une contre indication médicale : ☐ OUI ☐ NON
si oui, lesquelles : ……..
……
……
……

A…….....……, le …….....……
Signature

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) : Nom .....Prénom .....

Père Mère Tuteur (Rayer les mentions inutiles)

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Portable : .....

Autorise mon fils / ma fille :

Nom : ..... Prénom : .....

À s'inscrire à la formation « Préparation d'orientation aux métiers du sport »

J'autorise, le cas échéant, le responsable de formation à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence dans la mesure où les circonstances obligeraient à un recours hospitalier ou clinique.

J'autorise mon fils / ma fille à se déplacer en dehors du centre de formation situé au 4 rue Nikola Tesla 35000 RENNES, pour toutes activités en lien avec la formation.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à ……, le ……
Signature