|  |
| --- |
|  |

DOSSIER DE CANDIDATURE

À LA FORMATION

BPJEPS

SPECIALITE : EDUCATEUR SPORTIF POLYVALENT

MENTION : ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS

PROMOTION 3 : 2024-2026

RENSEIGNEMENTS

***(Toutes les rubriques doivent être dûment renseignées de manière lisible.)***

**Je soussigné(e),**

Nom : Prénom : ……………………………. ❑ Masculin ❑ Féminin

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse :

CP : Ville :

🕿 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ 🖁 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ e-mail :

Adresse des parents (si mineur) :

CP : Ville :

🕿 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ 🖁 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ e-mail :

N° de sécurité sociale : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ /\_\_\_\_/

Reconnaissance Qualité Travailleur handicapé OUI ❑ NON ❑

Type de financement : Apprentissage ❑ France Travail ❑ Personnel ❑ Autre ❑

Nom de la structure d’alternance envisagée : ………………………………………………………………………

Tuteur envisagé (obligatoirement Titulaire d’un Diplôme Professionnel dans le sport) : ……………………….

Nom et département du dernier établissement scolaire fréquenté :

Dernière classe fréquentée : ……………………

Diplôme le plus élevé obtenu (joindre la copie) :

❑ BREVET DES COLLEGES ❑ CAP/BEP ❑ BAC/BAC PRO ❑ BTS

❑ BEES1°/BPJEPS ❑CQP ❑ AUTRE ………………….

Situation avant l’apprentissage :

❑ Scolaire ❑ Etudiant ❑ Apprenti ❑ Employé (CDD ou CDI) ❑ Demandeur d’emploi

❑ Autre ………………………

Diplômes fédéraux et/ou d’État obtenus (joindre les copies) :

Date d’obtention des TEP Activités Physiques pour Tous : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/

**sollicite mon inscription à la formation organisée par DPSA au BPJEPS Activités Physiques pour Tous sur le site de :**

**❑ Valence ❑ St Maurice l’Exil**

CONSTITUTION DU DOSSIER DE CANDIDATURE

Le dossier complet est à retourner par voie postale ou en main propre à :

**DPSA**

**A l’attention de Sylvain SPEL**

71 Rue Latécoère

26000 VALENCE

**IMPORTANT**

**Date limite de réception du dossier : 31/07/2024 (cachet de la Poste faisant foi)**

**Tout dossier arrivé incomplet et/ou hors délais**

**sera systématiquement refusé et retourné au candidat.**

**Liste des documents à joindre**

* le présent dossier de candidature complété intégralement
* 1 photo d’identité
* photocopie de votre **PSC1** ou **SST** (en cours de validité)

*N.B : une* ***attestation******de réussite*** *pourra être acceptée avec obligation de fournir le certificat dès*

*réception.*

* photocopie recto-verso d’une pièce d’identité **en cours de validité**

(*carte nationale d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance, livret de famille intégra*l, *titre de séjour « autorisant à travailler en France »).*

* photocopie du certificat individuel de participation à la Journée Défense et Citoyenneté.
* photocopie de l’attestation de recensement si vous êtes âgé(e) de moins de 18 ans et/ou si vous n’avez pas été encore convoqué à la JDC.
* le certificat médical d’ « aptitudeà l’encadrement et à la pratique des activités physiques pour tous », ci-joint, dûment complété par votre médecin traitant et **daté de moins d’un an à la date d’entrée en formation fixée au 23/09/2024. *Aucun autre certificat ne sera accepté.***
* CV et Lettre de Motivation détaillant votre projet professionnel
* photocopies de vos éventuels diplômes scolaires et sportifs : BAC, Licence, BAFA, BPJEPS, CQP, Brevets Fédéraux
* photocopie, s’il y a lieu, de tout diplôme accordant certaines UC par équivalence
* Si vous bénéficiez d’une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, joindre l’avis d’un

Médecin agréé par les FF Handisport ou de Sport Adapté ou d’un médecin désigné par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d’aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée.

 Fait à : …………………………, Date : /\_\_\_/\_\_\_\_/ 2024 Signature du candidat

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Certificatl**

***Exigé pour tout(e) candidat(e) au Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l’Education Populaire et du Sport***

***Spécialité « Educateur Sportif »***

***Mention « Activités Physiques pour Tous »***

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme \*

et avoir constaté qu’il / elle \* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l’enseignement des activités physiques pour tous

 ***Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_***

***Cachet du Médecin (original) Signature du Médecin (originale)***