



VILLEFRANCHE BEAUJOLAIS

DOSSIER D'INSCRIPTION  
BPJEPS ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS

État civil

Civilité :  MADAME  MONSIEUR  MADEMOISELLE

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale (rue, code postal, ville) :

Date de naissance :

Pays de naissance :

Ville de naissance :

Département de naissance :

Nationalité :

Numéro INE (Identifiant National Élève) :

Informations responsable légal si mineur (nom, prénom, adresse, mail et téléphone) :

Taille de vêtement (haut) :  S  M  L  XL  XXL

## Formation

Date pour effectuer votre entretien à Limas :

Entretien oral + écrit sur le rôle de l'éducateur

27/6

12/7

22/8

Sportif haut niveau (inscrit sur la liste de SHN) :

OUI

NON

Reconnaissance de travailleur handicapé :

OUI

NON

**Si oui, merci de fournir un justificatif**

Situation avant la formation :

SALARIÉ(E)

ÉTUDIANT(E)

APPRENTI(E)

DEMANDEUR D'EMPLOI

AUTRE (PRÉCISER) :

Dernier diplôme préparé (obtenu ou non) :

Diplôme ou titre obtenu le plus élevé :

## Structure

à compléter seulement si vous avez déjà une structure d'alternance

Nom de l'entreprise / club :

Numéro de siret de l'entreprise :

Adresse postale de l'entreprise / club (rue, code postal, ville) :

Personne responsable du contrat dans votre structure (nom, prénom, mail, téléphone) :

Civilité :

MADAME

MONSIEUR

MADEMOISELLE

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Date de début du contrat :

## Liste des pièces obligatoires à fournir

1. Le dossier d'inscription
2. Photo d'identité avec votre nom au dos de la photo
3. Photocopie recto-verso de votre **carte d'identité ou titre de séjour** (en cours de validité)
4. Photocopie de tous vos **diplômes de formation initiale et de formation sportive** (si vous en avez obtenu)
5. **CV** à jour
6. **Certificat médical**, datant de moins de 2 mois (remplir impérativement celui fourni dans le dossier d'inscription ci-dessous)
7. Photocopie du **PSC1** ou équivalent
8. Attestation de réussite au TEP (lien pour les TEP sur notre site)
9. Justificatif de Journée de Citoyenneté (pour les - de 25ans)
10. Attestation de recensement
11. Extrait du **casier judiciaire**, bulletin numéro 3 (datant de moins de 6 mois et pour les + de 18ans) à télécharger via :  
<https://casierjudiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>
12. **Une enveloppe format A4** affranchi avec accusé de réception d'une valeur de 8€. Merci d'inscrire votre nom, prénom et adresse sur l'enveloppe.
13. **Un virement de 90€** à votre nom (bien préciser le nom de l'apprenti(e) dans l'ordre du virement) couvrant les frais relatifs aux tests d'inscription. Vous trouverez le RIB ci-joint.

Crédit Mutuel					
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE					
Identifiant national de compte bancaire - RIB					
Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise	Domiciliation
10278	02553	00021990602	16	EUR	CCM DE DIJON DARCY
Identifiant international de compte bancaire					
IBAN (International Bank Account Number)					
FR76	1027	8025	5300	0219	9060 216
BIC (Bank Identifier Code)					
CMCIFR2A					
Domiciliation			Titulaire du compte (Account Owner)		
CCM DE DIJON DARCY			FORMAPI BOURG-EN-BRESSE		
ESPACE GLACIER - PROFESSIONNELS			80 RUE HENRI DE BOISSIEU		
10 PLACE DARCY			01000 BOURG EN BRESSE		
21054 DIJON CEDEX					
☎ 03 80 63 21 64					
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.			PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ		

**MERCI DE RETOURNER L'ENTIÈRETÉ DES DOCUMENTS À L'ADRESSE MAIL**  
**FORMAPIVILLEFRANCHEBEAUJOLAIS@GMAIL.COM**  
**OU PAR VOIE POSTALE AU PARC MILLÉSIME, 119 RUE MICHEL AULAS, 69400 LIMAS**

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-  
INDICATION, À LA PRATIQUE ET À  
L'ENCADREMENT POUR LA FORMATION DU  
BPJEPS SPÉCIALITÉ « ÉDUCATEUR SPORTIF »  
MENTION « ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS »**

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle / Mme / M. ....

Né(e) le .....

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique et

l'encadrement **DES ACTIVITÉS PHYSIQUES POUR TOUS**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main

propre le .....

A .....

**Signature et cachet du médecin**