



VILLEFRANCHE BEAUJOLAIS

DOSSIER D'INSCRIPTION
BPJEPS ACTIVITÉS DE LA FORME HALTÉROPHILIE ET MUSCULATION

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)					BIC (Bank Identifier Code)				
FR76	1027	8025	5300	0219	9060	216	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 DE LA FORME » OPTION
« HALTÉROPHILIE- MUSCULATION »**

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 DE LA FORME OPTION HALTÉROPHILIE-MUSCULATION

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

.....

A

Signature et cachet du médecin