



TOUS LES SPORTS AUTREMENT
FLANDRES ARTOIS PICARDIE

DOSSIER D'INSCRIPTION

CERTIFICAT DE QUALIFICATION
PROFESSIONNELLE

Animateur de Loisir Sportif

Option :

Activités Jeux Sportifs et Jeux d'Opposition
CQP ALS JSJO

BEAUVAIS



Nom :

Prénom :

photo

DOSSIER D'INSCRIPTION

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisirs Sportif CQP ALS

Options :

- Activités gymniques d'entretien et d'expression
- Activités de randonnée de proximité et d'orientation
- Jeux sportifs et jeux d'opposition

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Lieu de naissance : _____

Date de nais. : _____ Pays et Dép. de nais : _____

Adresse :

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail (obligatoire) :

Permis de conduire : Oui Non

Moyen de transport :

N° sécurité sociale (10 premiers chiffre) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation :

- Bénévole licencié UFOLEP
N° de licence UFOLEP :
- Bénévole non licencié UFOLEP
- Salarié dans une association UFOLEP
N° de licence UFOLEP :
- Salarié dans une association non affiliée
- Autre : préciser

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNEL et SPORTIF**FORMATION UFOLEP**

Diplômes fédéraux	Année	Lieu

Perfectionnement ou recyclage <i>(n'indiquer que les dernières formations suivies)</i>	Année	Lieu

AUTRES FORMATIONS

Diplômes scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s), fédéraux	Année

Diplôme(s) sportif(s) (BEES, BP JEPS, ...)	Année

Autres diplômes (AFPS, PSC1, BAFA, BAFD, ...)	Année
AFPS ou PSC1	

Joindre les justificatifs (photocopies des diplômes)

ANIMATION SPORTIVE**FONCTIONS BENEVOLES OU EMPLOIS OCCUPES EN LIEN AVEC LE DIPLOME DEMANDE
(AU COURS DE CES 5 DERNIERES ANNEES)**

Dates (du JJ/MM/AA au JJ/MM/AA ou Depuis le JJ/MM/AA)	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Activité encadrée	Nombre d'heures ou pourcentage de temps travaillé

AUTRES EXPERIENCES D'ENCADREMENT

Dates	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Missions principales

ACTIVITES SPORTIVES PRATIQUEES

Activités pratiquées	Structure	Volume horaire annuel	Date / Période

STRUCTURE D'ACCUEIL

- Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique (80h) ?

OUI NON Si oui :

Nom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Nom du représentant de la structure :

N° Siret :

- Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ?

OUI NON Si oui :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Diplôme du tuteur :

.....

OPTION CHOISIE :

- AGEE (Activités Gymnique d'Entretien et d'Expression)
- JSJO (Jeux Sportifs et Jeux d'Opposition)
- ARPO (Activités de Randonnée de Proximité et d'Orientation)

MOTIVATION DE LA DEMANDE

En vous appuyant sur votre expérience, vous rédigez, un texte qui mettra en valeur les objectifs (à moyen et long terme) que vous désirez atteindre avec ce diplôme.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
Nom-Prénom : _____ Date : _____

Signature : _____

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Vous-êtes :

 SALARIE

Employeur :
Siret :
Raison sociale :

Adresse :

Contact :
Téléphone :
Mail :

Poste occupé :
Nature du contrat et date de fin :

Cadre financier de la demande :
(ex CPF de transition)

 DEMANDEUR D'EMPLOI

Vous-êtes inscrit :

Pôle emploi Mission Locale

Nom de l'organisme :

Adresse :

Mail du conseiller :

Nom du conseiller :
Votre n° identifiant :
Date de votre inscription :

Indemnisation :

- ARE
- ASS
- RSA
- Non indemnisé
- AAH
- Reconnaissance Travailleur
Handicapé

Moyen de financement :

- Votre entreprise
- Votre association
- L'OPCO de votre employeur
- Le pôle emploi
- Chèque pass formation individuel (Conseil Régional)
- Financement personnel
- CPF

Autre (préciser) :

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE AU PRÉSENT DOSSIER
(Tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- Photocopie de votre carte d'identité
- Photocopie AFPS ou PSC1
- Photocopie diplômes professionnels
- Un chèque de 50 euros de frais de gestion administrative à l'ordre du Comité Régional UFOLEP Flandres Artois Picardie
- Certificat médical autorisant la pratique sportive et l'encadrement des activités sportives datant de moins de 1 an (modèle joint)
- Curriculum Vitae

Retour du dossier :

CRUFAP - 70, rue du Champ l'Enguillon – 80470 SAINT-SAUVEUR

Information :

Emilie ARMIEL – mail : ufolep60emilie@aol.fr – 06.87.97.81.58

Olivier VIVIES - mail : delegue.regional@crufap.fr – 06.88.68.14.57

Amandine GAUDEFROY - mail : secretaire@crufap.fr – 03.22.52.49.16

Site : www.cr.ufolep.org/flandresartoispicardie

Certificat médical
Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné,

Docteur en :

Médecine Générale Médecine du Sport Autre Spécialité :

Demeurant :

.....

Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme / Mlle (rayer la mention inutile) :

.....

Né(e) le : / / Demeurant :

.....

.....

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

- à la pratique sportive :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s) :

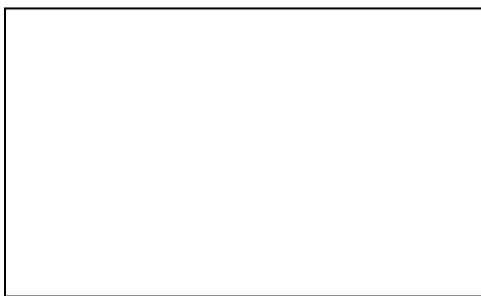
- à l'encadrement et l'animation de loisirs sportifs :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s) :

Fait à, Le / / 20.....

Cachet du Médecin

Signature du médecin



Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.