

**UNION FRANÇAISE DES OEUVRES LAÏQUES ET
D'ÉDUCATION PHYSIQUE**

COMITÉ RÉGIONAL ILE-DE-FRANCE

Dossier d'inscription

**Certificat de Qualification Professionnelle
Animateur de Loisirs Sportif
CQP ALS
Sessions 2024 – 2025
Créteil et Paris
(Test technique et de sélection)**

TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITÉ

Dossier d'inscription à retourner par mail ou voie postale :

**Comité Régional UFOLEP Ile-De-France
Service formation
3 rue Récamier 75341 Paris Cedex 7**

Fin d'admission des dossiers : **01 novembre 2024**

Nom et Prénom du candidat.e :

OPTION :

- Jeux Sportifs Jeux d'Opposition (JSJO)
 Activités Gymniques d'entretien et d'expression (AGEE)

Pour une demande de formation partielle, merci de cocher le bloc de compétence que vous souhaitez :

- Bloc de compétences 1 Bloc de compétences 2 Bloc de compétences 3

Pour tout renseignement complémentaire, contactez :

UFOLEP IDF Service formation : formation@ufolep-idf.org

Site : www.ufolep-idf.org

Tel : 01 43 58 97 08

PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR

- Une photo d'identité récente (à coller dans ce dossier).
- Une pièce administrative en cours de validité (originale ou photocopie lisible recto/verso) justifiant de son l'identité.
- Être âgé de 16 ans révolus à l'entrée en formation (pour les mineurs, fournir une autorisation du représentant légal pour suivre la formation accompagnée d'une copie de la pièce d'identité du représentant).
- Dossier à complété de la page 1 à 9 :
 - Lettre de motivation justifiant de votre intérêt pour intégrer la formation (page 6).
 - Attestation de prise en charge financière (page 7).
 - Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'animation des activités relatives au diplôme datant de moins d'un an à la date de l'inscription (utiliser obligatoirement le modèle fournit en page 8),
 - Attestation de la structure d'alternance identifiée (page 5).
- Pièces justifiant d'une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé).
- Copie de diplôme de PSC1 (ou équivalent).
- Pièces justifiant des allègements et/ou équivalences.
- Règlement ou chèque de 50 €, libellé à l'ordre de l'UFOLEP Île-de-France, correspondant à l'inscription au test de sélection (non remboursables).

Notre RIB pour le règlement par virement (attention à bien indiquer votre NOM et Prénoms) :

IBAN : FR76 1027 8062 1600 0203 8090 128

BIC : CMCIFR2A

FICHE DU CANDIDAT

Madame Monsieur

Nom _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____ Lieu et Dép. de nais : _____

Date de nais. : _____ Ville et code postal : _____
Nationalité : _____

Adresse : _____
Complément d'adresse _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Salarié : CDD CDI Intérim Régime pôle emploi : _____

Demandeur d'emploi depuis le : _____ Nom du conseiller :

Structure d'accueil : _____ N° identifiant :

N° sécurité sociale (10 premiers chiffre) : _____

Êtes- vous porteur d'un handicap ? Si oui, merci de préciser : _____

Nom-Prénom et téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence : _____

Situation : Titulaire d'une licence UFOLEP valide (remise de 150€ possible sur les frais d'inscription à la formation),

• Préciser le N° de licence UFOLEP : _____

• Préciser le nom de votre club UFOLEP : _____

**PARCOURS DE FORMATION
PROFESSIONNEL ET SPORTIF**

Votre parcours sportif en tant pratiquant :

Activités	Année de pratique	Cadre (association Ufolep, organismes privées...)

Quel sont vos diplômes acquis dans le domaine sportif ?

Diplômes sportifs (BEES, BP JEPS, ...)	Année

Autres diplômes (Diplômes scolaires et/ou Universitaire, AFPS, PSC1, BAFA, BAFD,...)

Diplômes	Année

Joindre les justificatifs (photocopies des diplômes)

STRUCTURE D'ACCUEIL

Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique ?

Oui

Non

Si oui :

Nom de la structure d'accueil :

Nom du/de la responsable :

Adresse de la structure d'accueil :

Activités sportives proposées par la structure :

Nom et prénom du tuteur.trice :

Mail du tuteur.trice :

Numéro de téléphone du tuteur / de la tutrice :

Diplôme du tuteur.trice :

Fait le _____, à _____

Signature du/ de la responsable de la structure

Signature du tuteur/ de la tutrice

MOTIVATION DE LA DEMANDE

Quels sont vos objectifs professionnels à court et long terme et comment envisagez-vous les atteindre avec la formation CQP ALS ?

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,

Nom-Prénom :

Date :

Signature :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- France travail (joindre justificatifs)
- Employeur (joindre l'accord employeur et/ ou OPCO)
- Auto-financement (personnel) (signature en bas à droite)
- Compte Personnel de Formation, indiquer le montant disponible sur votre compte :
- Structure d'alternance (remplir ci-dessous)
- À la recherche d'une prise en charge

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Je soussigné(e)

Qualité :

Représentant la structure :

Adresse :

.....Code postal :

Ville :

Mail :

Téléphone :

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation engagée par le/la candidat(e) :

.....

Ces frais devront être facturés à :

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fait à Fait à

Le Le

Signature du responsable

Signature du candidat

Cachet de la structure

CERTIFICAT MÉDICAL Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du code du sport

Je soussigné(e) :

Docteur(e) en :

Demeurant :

Médecine générale Médecine du sport Autre spécialité :

Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme :

Né(e) le :

Demeurant :

.....
..... Et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents : **A la pratique sportive :**

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

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

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

Fait à :, le /...../.....

Cachet du médecin

Signature

Informations au médecin signataire

L'article L. 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédération doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance du 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.

Ce certificat devra dater de moins d'un an à la date de votre inscription.

TARIFS

Pour la mention AGEE ou JSJO	
Inscription test de sélection	50 €
Inscription journée de positionnement	60 €
Coûts pédagogiques (avec prise en charge)	2.880 €
Coûts pédagogiques (en auto-financement)	Demander un devis

VOLUMES HORAIRES DE FORMATION

Test de sélection : le 12/11/2024

Journée de positionnement : le 21/11/ 2024

EPMS (épreuve préalable de mise en situation pédagogique) : le 14/01/2025

Certification : du 05 au 09/05/2025

Certification rattrapage : du 09 au 12/06/2025

Les journées de formation :

Formation	Décembre	Du 09 au 12/12/2024	28 h
	Janvier	Du 13 au 16/01/2025	28 h
	Février	Du 03 au 06/02/2025 Du 24 au 27/02/2025	56 h
	Mars	Du 24 au 27/03/2025	28 h
	Avril	Du 14 au 17/04/2025	28 h
Stage	Stage en structure	Entre le 13/12/24 et le 06/06/25	80 h
Volume total de formation	248 h		

Cadre réservé à l'administration

Règlement ou chèque 50€ :

Oui Non

Montant et date du règlement

Règlement positionnement 60 € :

Oui Non

Montant et date du règlement

Entrée en formation € :

Oui Non

Montant et date du règlement :

Dossier traité le :

Par :

Complet Incomplet

Manque :