UNION FRANCAISE DES ŒUVRES LAÏQUES ET D'ÉDUCATION PHYSIQUE

COMITÉ RÉGIONAL ILE-DE-FRANCE

Photo

Dossier d'inscription

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisirs Sportif
CQP ALS
Session 2023-2024 Créteil
(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 : **16 octobre 2023**

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

ufolep TOUS LES SPORTS AUTREMENT

PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR

☐ Une photo d'identité récente (à coller dans ce dossier).

☐ Dossier à complété de la page 1 à 9 :

- ☐ Lettre de motivation justifiant de votre intérêt pour intégrer la formation (page 6).
- ☐ L'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 (prendre obligatoirement le document en page 8 à faire compléter), datant de moins d'un an à la date de l'inscription (page 8).
- ☐ Structure de stage **:** la structure doit être définie pour votre entrée en formation (page 5).

☐ Les pièces justifiant d'une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) s'il y a lieu.

☐ Copie de diplôme de PSC1 (ou équivalent).

☐ Les pièces justifiant des allègements et/ou équivalences s'il y a lieu.

☐ Un règlement ou un chèque de 50 € libellé à l'ordre de l'UFOLEP Ile-de-France, correspondant aux frais administratifs.

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 Régime indemnisation RQTH

Intérim :

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 :

☐ Bénévole ou salarié dans une association UFOLEP N° de licence UFOLEP :

☐ Bénévole ou Salarié dans une association non affiliée

☐ Autre : préciser

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNEL ET SPORTIF

Diplômes

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

Autre formation

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

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 / de la tutrice : ……

Mail du tuteur / de la tutrice : ……

Numéro de téléphone du tuteur / de la tutrice : ……
Diplôme du tuteur / tutrice : …… ;

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

- ☐ Financement Pôle Emploi (joindre justificatifs)
- ☐ Employeur (joindre l'accord employeur et/ ou OPCO)
- ☐ Financement personnel (signature en bas à droite)
- ☐ Compte Personnel de Formation, indiquer le montant disponible sur votre compte :
- ☐ Financement structure (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 ..... Le .....

Signature du responsable **Signature du candidat**

Cachet de la structure

ufolep TOUS LES SPORTS AUTREMENT

CERTIFICAT MÉDICAL PRIS EN APPLICATION DES ACRTICLES 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 du positionnement.

ufolep TOUS LES SPORTS AUTREMENT

TARIFS

Pour la mention AGEE ou JSJO	
Frais de dossier (Test de sélection)	50 **€**
Coût journée de positionnement	60 **€**
Coût pédagogique	2880€
Coût total	2990 **€**

VOLUMES HORAIRES DE FORMATION

Test de sélection : le 02/11/2023
Positionnement : le 20/11/ 2023
EPMSP : le 09/01/2024
EPMSP-R : le 23/01/2024
Certification : du 13 au 17/05/ 2024
Certification rattrapage : du 24 au 28/06/2024

Les journées de formation :

En amont de la formation	Test technique et de sélection	02/11/23	3,5 h
	Positionnement	20/11/23	5 h
Formation	Décembre	Du 11 au 14/12/23	28h
	Janvier	Du 08,10 au 12/01/24	28h
	Février	Du 12 au 16 /02/24 Du 27 au 28/02/24	35h 14h
	Mars	Du 11 au 14/03/24	28h
	Avril	Du 08 au 10/04/24	21h
	Mai	Le 07 /05/24	7h
Stage	Stage en structure	A réaliser entre le 11/12/23 et le 30/04/24	80 h
Volume total de formation	**241 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 2880 € :** ☐ **Oui** ☐ **Non** **Montant et date du règlement :** **Dossier traité le :** **Par :**	☐ **Complet** ☐ **Incomplet** **Manque :**