Photo

UNION FRANÇAISE DES OEUVRES LAÏQUES ET D'ÉDUCATION PHYSIQUE

COMITÉ RÉGIONAL ILE-DE-FRANCE

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisirs Sportif

CQP ALS RNCP38820

Du 11 janvier au 11 mai 2027

- Chemin des Bœufs, 94000 Créteil (cours pratiques)
- 03 rue Juliette Récamier, 75007 Paris (cours théoriques)

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 Juliette Récamier 75341 Paris Cedex 7

Fin d'admission des dossiers : **29 novembre 2026**

Nom et Prénom du candidat.e : ……

OPTION :

☐ **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 2** ☐ **Bloc de compétences 4** ☐ **Bloc de compétences 5**

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).

☐ Une attestation de réussite aux tests techniques préalable à l'entrée en formation spécifiques à chaque option

☐ 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 justificatives d'une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé). Dès réception de ces documents, notre référente handicap prendra contact avec vous pour convenir d'un entretien et discuter des aménagements possibles.

☐ 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

Quelle expérience avez-vous dans chacune de ces familles d'activités ?

Pour chaque famille d'activités, sélectionner de 1 à 3 le niveau que vous pensez avoir.

1- **Débutant :** Vous n'avez jamais pratiqué d'activité dans cette famille

2- **Intermédiaire :** Vous pratiquez au moins deux activités différentes dans cette famille, avec une certaine régularité

3- **Confirmé** : Vous maîtrisez plusieurs activités dans cette famille

Pour AGEE

Techniques cardio	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Renforcement musculaire	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Techniques douces	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Activités d'expression	☐ 1	☐ 2	☐ 3

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 (CPF), 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

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT

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 10 décembre 2026
Journée de positionnement : le 14 décembre 2026
EPMSP (épreuve préalable de mise en situation pédagogique) : le 09 février 2027
Certification : du 18 au 21 mai et 24 au 28 mai 2027
Certification rattrapage : du 1 au 2 juillet 2027

Les journées de formation : du 11 janvier au 11 mai 2027

Formation	**Janvier**	Du 11 au 14/01/2027 Du 25 au 28/01/2027	28 h 28 h
	Février	Du 08 au 11/02/2027	28 h
	Mars	Du 08 au 11/03/2027	28 h
	Avril	Du 05 au 08/04/2027 Du 27 au 29/04/2027	28 h 21 h
	Mai	11/05/2027	07 h
Stage	**Stage en structure**	Entre le 15/01/27 et le 30/06/27	**Mini 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 :**