ufolep TOUS LES SPORTS AUTREMENT RÉUNION

CQP ALS, option AGEE ☐ JSJO ☐ ARPO ☐

Zone Nord ☐ Est ☐ Sud ☐ Ouest ☐ Session du …… / …… / 20…… au …… / …… / 20……

Dossier d'inscription – Candidat

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : …… / …… / …… Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Situation de famille : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Autre ☐ : Précisez : .....

Enfant(s) à charge : Oui ☐ Non ☐ Si oui, nombre : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Situation professionnelle actuelle

En emploi : Oui ☐ Non ☐

Si oui, Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Type de contrat : ..... Nombre d'heures réalisées / Semaine : .....

Date d'embauche : ..... Durée du contrat : .....

Lieu de travail : .....

Demandeur d'emploi : Oui ☐ Non ☐

Inscrit à Pôle Emploi : Oui ☐ Non ☐

Si oui, date d'inscription : …/ … / …… N° d'identifiant : .....

Études et Diplôme(s)

Année	Niveau d'études	Établissement	Diplôme obtenu
			Oui ☐ Non ☐
			Oui ☐ Non ☐
			Oui ☐ Non ☐

Autre(s) formation(s)

Année	Intitulé de la Formation	Organisme de Formation	Diplôme/Certificat/Titre obtenu
			Oui ☐ Non ☐
			Oui ☐ Non ☐
			Oui ☐ Non ☐

Expérience professionnelle

Année/Durée	Fonction	Employeur

Projet professionnel

Pourquoi envisagez-vous d'intégrer la formation préparant au CQP Animateur Loisir Sportif ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles sont vos attentes pour cette formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mode de financement

Par l'employeur : Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez si accord obtenu ou en cours : .....

Par un organisme paritaire : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel : .....

Par une collectivité : Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle : .....

Par un autre organisme : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel : .....

Besoins spécifiques

Liés à une situation de handicap : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels : .....

.....

.....

Un entretien avec le coordonnateur pédagogique sera nécessaire afin d'échanger et analyser la situation et traiter la.les demande.s d'aménagement.

Autres besoins : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels : .....

.....

.....

<u>Pièces à joindre</u> :

- Une copie de votre pièce d'identité (carte d'identité recto verso ou passeport)
(si mineur.e la pièce d'identité du responsable légal et une autorisation parentale)
- Une copie de votre attestation de formation aux premiers secours (SST à jour, PSC1..)
- Un certificat médical de moins d'un an (cf. modèle joint)
- Une attestation de réussite aux tests techniques préalables à l'entrée en formation spécifiques à l'option choisie de moins de 4 mois
(Ces tests sont proposés en amont de la formation par l'UFOLEP Réunion.)

CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné(e) : .....

Docteur(e) en :

☐ Médecine générale ☐ Médecine du sport ☐ Autre spécialité :

.....

.....

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

.....

Demeurant : .....

.....

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

A LA PRATIQUE SPORTIVE ET A L'ENCADREMENT ET A L'ANIMATION DE LOISIR SPORTIF

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

.....

Fait à : ....., Le ...../...../.....

Signature et Cachet du Médecin

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.