

DOSSIER D'INSCRIPTION pour la formation au
BREVET PROFESSIONNEL
DE LA JEUNESSE DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT
SPÉCIALITÉ : ACTIVITES PHYSIQUE pour TOUS

A déposer ou renvoyer à l'IMSB avant le 20 septembre 2024 (cachet de La Poste faisant foi)

ETAT CIVIL

MADAME

MONSIEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

NOM D'USAGE (si marié) : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ NATIONALITE : _____

VILLE DE NAISSANCE : _____ DEPT / PAYS : _____

PHOTO
D'IDENTITÉ
À COLLER
SVP

COORDONNEES

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL. : _____ MAIL : _____

FORMATION & DIPLOME

DIPLOME(S) OBTENU(S) (joindre la/les copies) :

Avez-vous déjà valide les TEP pour cette formation :

OUI (précisez la date :)

NON

SITUATION PROFESSIONNELLE

SALARIE :

CDD

CDI

TRAVAILLEUR INDEPENDANT

AUTRES, PRÉCISEZ :

ORGANISME FINANCEUR SOLLICITÉ (si connu au moment de l'inscription) :

DEMANDEUR D'EMPLOI :

DATE D'INSCRIPTION AU POLE EMPLOI : _____

N° D'INSCRIPTION AU POLE EMPLOI : _____

INDEMNISATION AU TITRE DES ALLOCATIONS CHÔMAGE : OUI NON

BÉNÉFICIAIRE DU RSA : OUI NON

APPRENTISSAGE / CONTRAT PRO / EMPLOI D'AVENIR :

STRUCTURE EMPLOYEUR (si connue au moment de l'inscription) :

AUTRE SITUATION précisez :

VOTRE PRATIQUE SPORTIVE

Etes-vous licencié d'un club ? OUI NON

Si oui, lequel (nom, adresse)

Niveau de pratique (classement ou titre) :

Si non, discipline(s) sportive(s) pratiquée(s) :

Possédez-vous un diplôme fédéral ? OUI NON Possédez-vous un autre diplôme sportif ? OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

Avez-vous déjà enseigné ? OUI NON

À titre bénévole

À titre professionnel

Si oui, dans quelle structure ?

Après de quels publics ?

Quel niveau de pratique des publics ?

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (nom et téléphone) :

AUTORISATIONS

« En vertu de l'article 27 de la loi du janvier 1978, l'IMSB vous informe que votre identité, vos résultats d'examen et éventuellement votre photographie ou des vidéos pourront être mis en ligne sur le site Internet de l'IMSB ou sur différents documents promotionnels de l'établissement »

Si vous vous opposez à cette mise en ligne ou publication, merci de cochez la case ci-contre

Les productions des stagiaires (mémoires ou autres) restent la propriété de l'IMSB même après la fin de la formation.

Déclaration sur l'Honneur :

Je soussigné(e) (nom-prénom) _____ déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions d'inscription liées à la formation.

Les renseignements fournis dans mon dossier d'inscription sont sincères et véritables. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (313-1, 313-3, 433-19, 4411 et 441-7 du code pénal).

Fait à :

Le :

Signature du candidat :

MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE

Coût pédagogique de la formation : 8 000 €

Vous effectuez la formation dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation.

Joindre impérativement la copie de votre dossier de demande de prise en charge auprès du FONGECIF ou autre.

Vous effectuez la formation dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou de contrat de prestation de service.

Joindre impérativement la copie de votre dossier de demande de prise en charge auprès d'un OPCA.

Un organisme (club, fédération, association...) prend en charge tout ou une partie des frais de formation.

Joindre impérativement une attestation de prise en charge avec cachet et signature du responsable de l'organisme.

Vous effectuez la formation dans le cadre d'un contrat d'apprentissage / emploi d'avenir.

Joindre impérativement une attestation de prise en charge avec cachet et signature du responsable de l'organisme et remplissez le dossier d'apprentissage en annexe. Pour plus d'information, veuillez contacter le CFA Sport Animation Occitanie (04.67.61.72.28 - administration@cfa-sport.com).

Vous prenez en charge à titre individuel les frais pédagogiques de la formation (devis possible sur demande).

CONTACT

IMSB

Tél. : 06 87 85 45 69

Mail : contact@imsb34.org

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Veillez cocher les cases correspondantes aux documents fournis.

- Le dossier d'inscription complété et signé plus dossier Apprentissage (si vous êtes concerné)
- Photo d'identité
- Photocopie recto/verso de la carte d'identité OU passeport OU titre de séjour en cours de validité (pour les personnes de nationalité étrangère hors UE)
- Photocopie du certificat de compétences PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ou équivalent (AFPS, SST à jour...) * **A NOTER : l'attestation d'initiation (IAPS) fournie lors de la JAPD/JDC n'est pas équivalente au PSC1**
- Certificat médical datant de moins d'un an à la date d'entrée en formation (**utiliser le modèle joint obligatoirement**)
 - Une attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité (à télécharger sur le site de votre organisme de sécurité sociale AMELI ou autre)
 - Une attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité (vérifier sur votre contrat d'assurance habitation)
 - Extrait original de casier judiciaire n°3 pour les ressortissants Français (en faire la demande sur le site internet du Ministère de la justice) ou équivalent dans le pays du passeport pour les ressortissants étrangers.
 - Photocopie de tous les diplômes obtenus (scolaires, universitaires, sportifs, fédéraux...) notamment ceux vous permettant de bénéficier de dispenses ou allègements (voir dossier d'information)
 - Curriculum Vitae (CV) à jour
 - Lettre de motivation
 - Fiche d'alternance en entreprise (utiliser obligatoirement le modèle joint).
 - Frais de participation à l'inscription : 60€ (chèque ou espèce)

Pour les demandeurs d'emploi :

- Un avis de situation de Pôle Emploi (disponible dans votre espace personnel)

Pour les candidat(e)s de nationalité française et de moins de 25 ans uniquement :

- Photocopie du certificat individuel de participation à la Journée d'Appel de la Préparation à la Défense / Journée Défense et Citoyenneté

Pour les personnes en situation de handicap :

- L'avis d'un médecin agréé par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française de Sport Adapté ou désigné par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant les Tests d'Exigences Préalables selon la certification visée. Pour obtenir la liste des médecins agréés et faire éventuellement une demande d'aménagements, veuillez contacter la Direction Régionale Jeunesse Sports et Cohésion Sociale de votre lieu de domicile avant l'inscription aux tests de vérification des exigences préalables à l'entrée en formation (TEP).

Pour les sportifs de Haut Niveau :

- Justificatif d'inscription sur « liste de Haut Niveau »

LE DOSSIER ET LES PIÈCES SONT À RENVOYER À L'ADRESSE SUIVANTE

I. M. S. B.

70 rue STRAVOPOL
34 500 BEZIERS

L'ALTERNANCE EN ENTREPRISE
(À faire remplir par le responsable de la structure)

Nom et Prénom du stagiaire :

STRUCTURE ENVISAGÉE

Dénomination :

Statut :

Domaine d'activité principal :

N° agrément Jeunesse et Sport :

SIRET : Code APE : Convention collective :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :

Nom du responsable : Qualité :

TUTEUR ENVISAGÉ

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :/...../...../...../..... Mail :

Fonction actuelle :

Diplôme sportif en lien avec le métier (joindre copie du diplôme et de la carte professionnelle) :

.....

ACTIVITÉ ENVISAGÉE

Lieu(x) des interventions :

Volume horaire par semaine :

Type de public :

Projet d'action en responsabilité envisagé :

Fait le, à

Accord sur le principe de l'accueil envisagé du stagiaire (*cachet et signature du responsable de la structure*)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis (*signature du candidat*).



**MINISTÈRE
CHARGÉ DES SPORTS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation
Populaire et du Sport

ACTIVITES PHYSIQUE pour TOUS

CERTIFICAT MÉDICAL

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DES ACTIVITÉS PHYSIQUE pour TOUS**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

- certifie avoir examiné en date du,
Mme/M.,
Né(e) le.....
- et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la
pratique et à l'enseignement des activités en PHYSIQUE pour TOUS.

Observations :

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

Signature et cachet du Médecin (obligatoire) :