

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

*A déposer ou renvoyer à l' IMSB avant le 1 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 ?

---

Auprès de quels publics ?

---

Quel niveau de pratique des publics ?

---

## **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

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

---

**MODE DE FINANCEMENT ENVISAGE** : Coût pédagogique de la formation : 6 000 €

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](mailto:administration@cfa-sport.com)).

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

## **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 :

## **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).

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 »

- 1 **chèque de 60,00 €** (frais de gestion de dossier) à l'ordre de l' « IMSB » non remboursable.

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

**I. M. S. B.**

70 rue STAVROPOL  
34 500 BEZIERS



**MINISTÈRE  
DES SPORTS  
ET DES JEUX OLYMPIQUES  
ET PARALYMPIQUES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

**RUGBY**

**CERTIFICAT MÉDICAL**

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

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 sportives.

Observations :

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

Signature et cachet du Médecin (obligatoire) :

**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*).

## DOSSIER D'INSCRIPTION TEP

### BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT

#### SPÉCIALITÉ : RUGBY

*A déposer ou renvoyer à l'IMSB avant le 1 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 : \_\_\_\_\_

**Attention** : veuillez nous signaler impérativement tout changement d'adresse postale par mail à : [contact@imsb34.org](mailto:contact@imsb34.org) (en précisant votre spécialité).

Date : .....

Signature du Candidat :

## **PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

Veillez cocher les cases correspondantes aux documents fournis.

- 1 **photo d'identité** (à coller sur le dossier)
- 1 **photocopie recto/verso de la carte d'identité** OU passeport OU titre de séjour valide (pour les personnes de nationalité étrangère hors UE). Attention : le permis de conduire n'est pas recevable.
- 1 **photocopie du certificat de compétences PSC1** (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ou équivalent (AFPS, PSE1 valide, PSE2 valide, AFGSU niveau 1 ou 2 valide, SST valide) \* **À NOTER : l'attestation d'initiation (IAPS) fournie lors de la JAPD/JDC n'est pas équivalente au PSC1**
- La ou les **attestations** justifiant de la **dispense** de certaines épreuves
- La ou les **attestations** justifiant de la **satisfaction** aux **exigences préalables** si vous avez déjà acquis vos TEP
- 1 **certificat médical** datant de moins d'un an à la date d'entrée en formation (utiliser le modèle joint obligatoirement)
- 1 **Attestation de pratique ou d'encadrement** utiliser le modèle joint obligatoirement
  
- 1 **attestation d'assurance responsabilité civile valide** (incluse dans votre assurance habitation)
- 1 **chèque de 60,00 €** (frais de gestion de dossier) à l'ordre de l' « IMSB » non remboursable.

### **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).





**MINISTÈRE  
DES SPORTS  
ET DES JEUX OLYMPIQUES  
ET PARALYMPIQUES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

**RUGBY**

**CERTIFICAT MÉDICAL**

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

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 sportives.

Observations :

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

Signature et cachet du Médecin (obligatoire) :

**ATTESTATION DE PRATIQUE**  
(À faire remplir par le CLUB)

Nom et Prénom du stagiaire : .....

**CLUB**

Dénomination : .....

N° FFR : ..... SIRET : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

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

Nom du responsable : ..... Qualité : .....

**ATTESTE**

Justifie par la présente que le jeune : .....

A une expérience d'une saison sportive de pratique du rugby à XV en compétition

ou

A une expérience d'animation en rugby à XV d'une durée minimale de 80 heures

Fait le ....., à .....

Nom, Prénom et Qualité

Cachet et signature