

DOSSIER D'INSCRIPTION TEP

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

SPÉCIALITÉ : ACTIVITES PHYSIQUE pour TOUS

A déposer ou renvoyer à l' IMSB 21 jours avant la date choisie pour les TEP (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 (en précisant votre spécialité).

Date :

Signature du Candidat :

Choix de la date des TEP

Mercredi 04 Septembre 2024

Mardi 15 Octobre 2024

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 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).

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

I. M. S. B.

70 rue STAVROPOL

34 500 BEZIERS



**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 SPORTS COLLECTIFS**

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) :