



D'inscription

Dossier



CQP

ALS



2018/2019



## **DOSSIER INSCRIPTION CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE Animateur Loisir Sportif**

Dossier à renvoyer au comité UFOLEP Bourgogne Franche Comté avant **le 31 janvier  
2019**

Je, soussigné(e),

NOM : .....

Prénom : .....

Sollicite mon inscription à l'une des formations de Certification de Qualification Professionnelle « Animateur Loisir Sportif », option (possible de cocher les deux)

- Jeux sportifs et jeux d'opposition (JSJO)
- Activités gymniques d'entretien et d'expression (AGEE)

### ***Exigences préalables à l'entrée dans le processus de qualification***

Le candidat à l'entrée dans le processus de qualification doit :

- Etre âgé de 16 ans révolus
- Etre âgé de 18 ans à la date de délivrance du CQP (certification)
- Etre titulaire de la PSC1 (Prévention Secours Civiques de niveau 1) ou tout autre diplôme reconnu équivalent par le ministère de l'intérieur.
- Fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'animation de moins de 1 an à la date de l'entrée en positionnement.
- Présenter une attestation de réussite aux tests techniques préalable à l'entrée en formation spécifique à chaque option et une attestation de pratique d'une durée de 140h liés à l'option visée.
- Avoir une structure d'accueil pour le stage en situation professionnelle
- Avoir un tuteur titulaire qui doit être titulaire au minimum d'un CQP ALS ou tout autre diplôme du champ professionnel équivalent ou supérieur ou justifier d'une expérience d'encadrement, d'animation et d'accompagnement pédagogique.

## FICHE D'IDENTITE DU STAGIAIRE

Cochez les rubriques correspondant à votre situation.

### Identité

Monsieur     Madame

Nom (de naissance) :

.....

Nom marital :

.....

Prénom :

.....

Né(e) le : ..... à : .....

Département de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de sécurité social : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....

E-mail : .....

### Situation

- Bénévole licencié UFOLEP  
N° de licence UFOLEP : .....
- Bénévole non licencié UFOLEP
- Salarié dans une association UFOLEP  
N° de licence UFOLEP : .....
- Salarié dans une association non affiliée
- Autre : préciser .....

## Pris en charge financière de la formation

- Je vais payer personnellement ma formation
- Je vais payer personnellement ma formation et elle me sera remboursée par :  
.....
- Ma formation sera directement réglée par mon employeur ou par un organisme financeur
- Ma formation sera directement par l'Organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) auquel cotise ma structure.

Précisez le nom et l'adresse :

.....  
.....

### Coordonnées de la structure prenant en charge votre formation

Nom de la structure :

.....

Adresse :

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Correspondant dans la structure :

.....

Téléphone :

.....

E-mail :

.....

## PARCOURS PERSONNEL

<b><i>Diplômes scolaires, universitaires, professionnels</i></b>	<b><i>Année</i></b>
<b><i>Diplômes sportifs d'Etat (BEES, BP JEPS, ...)</i></b>	<b><i>Année</i></b>
<b><i>Diplômes fédéraux (précisez la fédération concernée)</i></b>	<b><i>Année</i></b>
<b><i>Autres diplômes (BAFA, BAFD, ...)</i></b>	<b><i>Année</i></b>

**LES PHOTOCOPIES DE DIPLOMES SONT A JOINDRE  
OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

## EXPERIENCE D'ANIMATION

### FONCTIONS BENEVOLES OU EMPLOIS OCCUPES EN LIEN AVEC LE DIPLOME DEMANDE (AU COURS DE CES 5 DERNIERES ANNEES)

<b>Dates</b> (du JJ/MM/AA au JJ/MM/AA ou Depuis le JJ/MM/AA)	<b>Fonction occupée</b>	<b>Nom de la structure ou de l'association</b>	<b>Activité encadrée</b>	<b>Nombre d'heures ou pourcentage de temps travaillé</b>

### AUTRES EXPERIENCES D'ENCADREMENT

<b>Dates</b>	<b>Fonction occupée</b>	<b>Nom de la structure ou de l'association</b>	<b>Missions principales</b>

## ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES PRATIQUEES

Listez les activités physiques et sportives pratiquées en dehors de celles concernées par les « attestations obligatoires de pratique » fournies dans le dossier :

<i>Activité pratiquée</i>	<i>Type de pratique (loisir ou compétition)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Niveau de pratique le plus haut</i>

## Structure d'accueil

- Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique (50h) ?

OUI  NON

Si oui :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

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

Téléphone : ..... Email : .....

Nom du représentant de la structure : .....

N° Siret : .....

- Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ?

OUI  NON

Si oui :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

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

Téléphone : ..... Email : .....

Diplôme du tuteur : .....

.....



## Lettre de motivation

*Lettre de motivation précisant le projet professionnel*

- Je demande à entrer en formation
- Je demande un allègement ou une équivalence de formation au vu de mon parcours et de mes expériences.
- Je demande une équivalence directe avec le CQP ALS.
- Je demande un Validation des acquis de l'expérience (VAE)

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à

le

Signature du, de la candidat (e)

## **Pièces administrative à fournir** (tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- 1 photo d'identité (nom inscrit au dos)
- Photocopie de la carte d'identité (recto verso)
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'animation sportive de moins de 3 mois (document ci-joint)
- Photocopie du diplôme PSC1 (ou équivalent reconnu par le Ministère de l'Intérieur)
- Attestation de pratique de 140 heures (document ci-joint)
- Attestation d'accueil d'un stagiaire en formation en situation professionnelle
- Attestation de tutorat
- Un chèque de 50 euros de frais de gestion administrative à l'ordre du Comité Régional Ufolep BFC.

### **Retour du dossier**

UFOLEP BFC  
10 RUE CAMILLE FLAMMARION BP 47032  
21070 DIJON CEDEX

### **Informations**

Simon LIPS, délégué régional, responsable de formation

[contact@ufolepbfc.org](mailto:contact@ufolepbfc.org) ; [www.ufolepbfc.org](http://www.ufolepbfc.org)

07 67 92 94 80 – 03 80 30 46 58

## ATTESTATION DE PRATIQUE

Au regard des prés requis du  
**CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE**  
**ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)**  
Option  AG2E  JSJO

### Le représentant de la structure

M. ou Mme :

.....  
Fonction dans l'association :

.....  
Nom de l'association :

.....  
Atteste que M. ou Mme :

.....  
Candidat à la formation CQP ALS a réalisé dans le cadre d'une activité de loisirs  
d'une durée minimale de 140 heures au cours des trois dernières années ci-  
dessous mentionnées

Nature de la pratique	Temps de pratique (en heures)	Période (Début et fin)

*Date et signature du responsable de la structure :*

*Nom et signature du candidat :*

## Certificat médical

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

Je soussigné(e),.....

Docteur en :

Médecine générale       Médecine du sport       Autre spécialité :.....

Demeurant : .....

.....

.....

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

(Nom, Prénom) .....

Né(e) le ....., demeurant .....

.....

.....

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

A la pratique sportive et à l'encadrement et l'animation de loisir sportif :

sans restriction       A l'exception de la (des) discipline(s) :.....

Cachet du médecin

Fait à ..... le .....

Signature du médecin

### Informations au médecin signataire

L'article L231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce 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 temporaires ou définitive à la pratique sportive.

## Attestation d'accueil d'un stagiaire en formation en situation professionnelle

(minimum 50 heures ; 20h pour UC1 et 30h pour les UC2 et 3)

### Stagiaire :

Nom et prénom : .....

Option du CQP ALS :  JSJO     AG2E     ARPO

### Structure d'accueil en situation professionnelle :

Raison sociale : .....

Nom et prénom du responsable : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Téléphone portable : .....

E-mail : .....

Fait à ..... le .....

Signature du responsable de la structure

## Attestation de tutorat

(minimum 50 heures ; 20h pour UC1 et 30h pour les UC2 et 3)

**Stagiaire :**

.....

Option du CQP ALS :  JSJO  AG2E  ARPO

*Le tutorat consiste au suivi et à l'accompagnement d'un ou plusieurs stagiaires (maximum 3) par une personne soit spécialiste du domaine de compétences à acquérir, soit spécialiste des méthodes d'accompagnement pédagogique :*

- *Accueillir*
- *Informier*
- *Accompagner*
- *Conseiller*
- *Participer à l'évaluation*
- *Assurer la liaison avec l'organisme de formation*

*Le tuteur doit être titulaire au minimum d'un CQP ALS ou tout autre diplôme du champ professionnel équivalent ou supérieur ou justifier d'une expérience d'encadrement, d'animation et d'accompagnement pédagogique.*

**Nom et prénom :**

.....

**Qualification :**

.....

**N° de la carte professionnelle :**

.....

**Adresse :**

.....

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

**Téléphone :** ..... **Téléphone portable :** .....

**E-mail :** .....

Je m'engage à participer à la réunion des tuteurs mise en place par l'organisme de formation du stagiaire pour lequel je suis tuteur.

Fait à

le

Signature du tuteur :