Photo

UNION FRANCAISE DES ŒUVRES LAIQUES ET D'EDUCATION PHYSIQUE

COMITE REGIONAL BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

Dossier de candidature
Certificat de Qualification Professionnelle (CQP)
Animateur de Loisirs Sportif (ALS)

TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITE

Dossier d'inscription à retourner :
Comité départemental UFOLEP 58
7 rue du Commandant Rivière 58000 Nevers

Nom candidat(e) :

Mention : ☐AGEE☐JSJO☐ARPO

Lieu : ☐Nevers ☐Auxerre ☐Dijon

Cadre réservé à l'administration :

Règlement : ☐ Complet ☐ Incomplet

☐ Oui ☐ Non Manque :

Montant et date du règlement :

Dossier traité le :

Par :

Comité Régional UFOLEP Bourgogne Franche-Comté
contact@ufolepbfc.org www.ufolepbfc.org 07.67.92.94.80
N° SIRET 44832383200031 Code APE 9312Z N°OF : 27210367421
Siège social
10 Rue Camille Flammarion BP 47032 21070 DIJON CEDEX

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A CE DOSSIER COMPLETE

☐**Dossier complété** de la page 1 à 6.

☐**Lettre de motivation** justifiant de votre intérêt pour intégrer la formation.

☐**Votre CV.**

☐**Une photo** d'identité récente (collée à ce dossier).

☐ Copie lisible de la **carte nationale d'identité** recto/verso en cours de validité, ou du passeport en cours de validité.

☐**Certificat médical de non contre-indication** à la pratique et à l'animation des activités relatives au diplôme (document p.6 de ce dossier à faire compléter), datant de moins d'un an à la date du positionnement

☐ Copie de l'attestation de **PSC 1** (ou équivalent) si vous avez suivi cette formation de secourisme.

☐**Un règlement de 50 €** (libellé à l'ordre de l'UFOLEP BFC si chèque), correspondant aux frais de dossier.

Le présent dossier peut nous être retourné par mail.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez :

Le 06.69.29.25.89 ou formation@ufolepbfc.org

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

FICHE CANDIDAT

Je soussigné(e) NOM d'usage :.....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Adresse :.....

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

N° Sécurité Sociale : .....

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

Fait à ..... le .....

Signature de la/du candidat(e)

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM : ..... Prénom : .....

Lien (parent, conjoint…) :.....

Numéro de téléphone : .....

PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

☐Employeur

☐Pôle Emploi (joindre l'attestation de prise en charge)

☐Compte Personnel de Formation

☐Financement personnel

☐A la recherche d'une prise en charge

☐Autre (précisez) :

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

LIEU D'ALTERNANCE

(Minimum 80h)

Nom de la structure d'accueil et nom du/de la responsable :

Adresse de la structure d'accueil et numéro de téléphone :

Activités physiques proposées par la structure :

Nom et prénom du tuteur : .....

Adresse mail et numéro de téléphone du tuteur : .....

Diplôme(s) du tuteur : .....

N° de la carte professionnelle : .....

Fait à ..... le .....

Signature du/de la responsable **Signature du tuteur**

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

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 :
Demeurant :

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

A LA PRATIQUE ET A L'ENCADREMENT DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

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 Fédérations 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.

Ce certificat devra dater de moins d'un an à la date du positionnement