

**UNION FRANCAISE DES ŒUVRES LAIQUES
ET D'ÉDUCATION 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 :

Fédération sportive de

la ligue de
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

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 150 €** (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@ufolepbfcb.org

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) :

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

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