

**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 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

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)

Congé Individuel de Formation (joindre l'accord de l'OPCO)

Compte Personnel de Formation (joindre l'accord de l'OPCO)

Financement personnel

A la recherche d'une prise en charge

Autre (précisez) :

LIEU D'ALTERNANCE

(Minimum 50h : 20h pour l'UC1 et 30h pour les UC2 et 3)

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