

**DOSSIER D'INSCRIPTION
2024 / 2025**

BPJEPS
Spécialité
« EDUCATEUR SPORTIF »
Mention
**SPORTS DE CONTACT
et DISCIPLINES ASSOCIEES**

11 OCTOBRE 2024 – 5 JUILLET 2025

Lieu: Gymnase Auguste Delaune

**29 Rue Du Moulin De Cage, 92230 Gennevilliers
Ou entrée par le 1 Rue Charles Lacoste, 92230 Gennevilliers**

Contacts:

Savoir Sport Santé

savoirsportsante@gmail.com

Savoir Sport Santé

DOSSIER DE CANDIDATURE 2024 / 2025

BPJEPS « EDUCATEUR SPORTIF » Mention: SPORTS DE CONTACT et DISCIPLINES ASSOCIEES

11 OCTOBRE 2024 – 5 JUILLET 2025

Lieu de formation : Gymnase Auguste Delaune, 29 Rue Du Moulin De Cage, ou entrée par le
1 rue Charles Lacoste 92230 Gennevilliers
Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite

Dossier à rendre avant le 5 Septembre 2024

Conditions d'entrée et pré requis

Avoir 18 ans à la date d'entrée en formation
Être titulaire de l'unité d'enseignement « Prévention Secours Civique de niveau 1 » : PSC1
Réussir les tests de sélection
Connaissance des Sports de contact et DA. Formation continue. Art D212-27 du code du sport

Informations sur le participant

Dossier n° : (Ne pas remplir)

Numéro de licence : Numéro d'assurance :

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Tel :

Mail (en majuscules) :

*Toute personne ayant les prérequis demandés et présentant un handicap sera accueillie sur la formation **.
Veuillez dans ce cas prendre contact avec nous au 06 62 81 98 33 ou par mail à savoirsportsante@gmail.com
(Annick Di Scala).*

Signature du participant :

Intitulé du diplôme	Année d'obtention et lieu

Diplômes scolaires et universitaires obtenus

--	--

Intitulé du diplôme	Année d'obtention et lieu
Diplômes sportifs obtenus	

Expériences sportives professionnelles ou bénévoles

Intitulé	Années

Votre situation professionnelle actuelle

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Code postal..... Ville :

Tel : Mail :

Votre statut (salarié, apprenti, bénévole) :

Sans emploi :

Pôle emploi : N° Pôle emploi Lieu d'inscription :

Financement total envisagé : 3485 €

Le tarif est fonction du nombre d'UC à suivre (dossier joint au dossier d'inscription)

Organismes	Références	Montant
OPCO salarié	AFDAS	
OPCO auto-entrepreneur	AGEFICE ou FIF PL	
CPF		
Pôle emploi	N° Lieu	
Personnel		
Structure		
Autres		

Nous restons à votre disposition au 06 62 81 98 33

Structure d'accueil envisagée pour le stage en alternance

(si le stage a lieu dans plusieurs structures, mettre une feuille en annexe avec les notes explicatives)

Nom de la structure :
Ligue :Président du club :
Adresse de la structure :
Code postal..... Ville :
Tel : Mail :
Nom et prénom du tuteur :
Tel du tuteur :Mail du tuteur :
Diplôme(s) du tuteur :

Pièces à joindre au dossier

- Le présent dossier de candidature avec une photo collée
- Photocopie de votre pièce d'identité recto/verso (en cours de validité)
- Un certificat médical mentionnant la non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de la mention choisie de moins de 3 mois (**un exemple pour votre médecin est mis en Annexe 1 ci-dessous**)
- Attestation de Formation aux Premiers Secours, PSC1, PSE1 ou SST en cours de validité
- Les copies de l'attestation de recensement et du certificat individuel à l'appel de préparation à la défense (JAPD ou JDC) pour les Français de moins de 25 ans
- **Un chèque de 130 euros** (à l'ordre de Savoir Sport Santé) correspondant aux frais et tests de sélection d'inscription qui sera encaissé après les tests de sélection

RAPPEL : Toutes personnes souhaitant s'inscrire en formation doit s'assurer de ne pas être concerné par l'article l212-9 du code du sport (conditions d'honorabilité)

Les tests d'entrée en formation

Date des tests de sélection : 11 Octobre 2024

Positionnement des candidats

Date du positionnement du candidat : 12 Octobre 2024

Entrée en formation

Entrée en formation : 11 Octobre 2024

Dates des certifications

1^{er} passage :

UC1 - UC2 : du 13 au 16 Juin 2024

UC3 : Du 2 Mai au 10 Mai 2024

UC4 : Du 23 Mai au 31 Mai 2024

2^{eme} passage : UC1 – UC2 : 4-5 Juillet 2024

Rattrapage UC 3 : 6-7 Juin, 20-21 Juin 2024

UC 4 : 20-21 Juin, 27-28 Juin 2024

Protection des données personnelles (RGPD) :

Savoir Sport Santé dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les données personnelles des apprenants inscrits (es) en formation au sein de son organisme de formation. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, les apprenants bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent qu'ils peuvent exercer en s'adressant au service administratif de Savoir Sport Santé par mail : savoirsportsante@gmail.com ou par courrier : Savoir Sport Santé 15 bis villa Ghis, 92400 Courbevoie. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant à l'exception des mentions obligatoires relevant des dispositifs règlementaires de formation.

J'ACCEPTÉ EXPLICITEMENT L'UTILISATION DE MES COORDONNÉES POUR ME RECONTACTER À PROPOS DE MA DEMANDE EXPRIMÉE À TRAVERS CE FORMULAIRE. LES DONNÉES SERONT STOCKÉES LE TEMPS DE LEUR TRAITEMENT ET POUR UNE DURÉE MAXIMALE DE 3 ANS.

Les informations recueillies, sont enregistrées dans une base de données pour le traitement des demandes exprimées. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées exclusivement aux équipes de Savoir Sport Santé, et ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés », l'apprenant peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en sollicitant Savoir Sport Santé par mail : savoirsportsante@gmail.com ou par courrier : Savoir Sport Santé 15 bis villa Ghis, 92400 Courbevoie.

**Cocher la case pour accepter*

Nom et Signature :

Droit à l'image:

J'accepte l'utilisation de mon image pour toutes communications en lien avec la formation BPJEPS

Nom et Signature :

Assistance administrative et pédagogique

Assistance administrative et site :

Annick Di Scala : (06 62 81 98 33), savoirsportsante@gmail.com

Assistance Pédagogique :

Sam Berrandou : (06 85 47 95 98), responsabletechnique@afmt.fr

Carolina Prestia : (06 35 44 13 91), prestiacarolina@gmail.com

Adressez votre dossier complet à

Savoir Sport Santé,
15bis villa Ghis, 92400 Courbevoie – 06 62 81 98 33
savoirsportsante@gmail.com

BPJEPS
SPÉCIALITÉ : ÉDUCATEUR SPORTIF
MENTION: SPORTS DE CONTACT ET DISCIPLINES ASSOCIÉES

CERTIFICAT MÉDICAL TYPE
(Modèle de CM imposé par le code du sport)

Pour être valable : ce certificat doit être délivré moins de 3 mois avant la date d'entrée en formation

Examen médical approfondi et spécifique réalisé par un médecin devant posséder des qualifications reconnues par l'ordre ainsi que des diplômes nationaux ou d'université précisés par le règlement préparé par la commission médical de à la fédération sportive concernée, adopté par le comité directeur de la fédération ou, le cas échéant, par le conseil fédéral et approuvé par le ministre chargé des sports.

(Arrêté du 28 avril 2000 fixant la liste des disciplines sportives pour lesquelles un examen médical approfondi est nécessaire en application de l'article 5 de la loi n°99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage).

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine,
certifie avoir réalisé un examen approfondi et spécifique en date du

.....

de Mme ou M.
né(e) le.....

Et n'avoir constaté qu'elle (il) ne présente pas ce jour de contre-indication
cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement de la discipline :
Sports de contact & Disciplines Associées

Observations :

.....
.....
.....
.....

Signature et cachet du Médecin

Déclaration sur l'honneur

Je, soussigné(e)..... ,
souhaitant exercer les fonctions prévues aux articles L.21-1 , L212-2 et L212-7 du code du sport, déclare remplir les conditions fixées par ces dispositions et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation m'interdisant l'exercice de ces fonctions, en application de l'article L212-9 du même code.

J'atteste de l'exactitude des informations portées dans la présente déclaration

Fait àLe

Signature