



## DOSSIER D'INSCRIPTION CQP ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF option AGEE 2016/2017

### STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille: .....

N° de téléphone : \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ @ : .....

Dépt de résidence:     24     33     40     47     64     autre :

**CQP ALS AGEE** (dates extrêmes du parcours de formation : du 07/11/2016 au 30/06/2017)

**AVEC** MODULE DE SPECIALISATION « BASIC TENDANCE »

**SANS** MODULE DE SPECIALISATION « BASIC TENDANCE »

**LIEU DE FORMATION : TALENCE** (20 places ouvertes)

### JOURNEE DE POSITIONNEMENT choisie

Le 24.06.2015                                       Le 22.09.2015

(Horaires : de 9h30 à 16h00)

### PIECES A JOINDRE :

Intitulés des pièces à joindre	Partie réservée à l'organisme de formation
<input type="checkbox"/> 2 photos d'identité (1 à coller et 1 avec au dos votre nom et prénom)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 attestation de 140 heures de pratiques (cf page 3)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Curriculum vitae / Motivations et projet professionnel (cf page 4)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 <b>certificat original</b> de <b>non contre-indication à la pratique</b> et à l' <b>encadrement</b> des activités physiques et sportives datant de <b>moins de 3 mois</b> (cf page 5)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 photocopie recto-verso de la carte d'identité en cours de validité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 photocopie de l'attestation de formation (PSC1, AFPS)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copies des diplômes éventuels dans le champ sportif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie de la licence EPGV si adhésion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chèque de 20 € (frais de dossier) à l'ordre du COREG EPGV AQUITAINE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DOSSIER RECU LE :	
DATE DE POSITIONNEMENT :	

## INFORMATIONS STAGIAIRE

---

Adresse : .....

.....

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

Date et lieu de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Numéro de licence EPGV : .....

## SITUATION PERSONNELLE

---

Salarié du secteur privé       Salarié du secteur public

Demandeur d'emploi       Travailleur indépendant

Autres (à préciser).....

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

---

Formation entreprise à titre personnel

Formation prise en charge par pôle emploi

Formation entreprise dans le cadre du CPF (Compte Personnel de Formation)

Formation payée par la structure <sup>(\*)</sup>

Formation entreprise à titre professionnelle (OPCA) <sup>(\*)</sup>

**<sup>(\*)</sup> Compléter les coordonnées de la structure qui prend en charge la formation ou qui fait la demande de prise en charge :**

Nom de la structure : .....

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

Fonction du représentant de la structure : .....

Adresse : .....

.....

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

N° de téléphone : \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_ @ : .....

Autres (à préciser).....

## Attestation des 140 heures de pratique d'activités physiques

Pré-requis à l'entrée en formation :

Le candidat au CQP ALS AGEE devra fournir une attestation de pratique régulière d'activité sportive de loisirs ou de performance dans la même famille d'activités\*, d'une durée minimale de 140 heures dans les 3 dernières années précédant l'inscription en formation.

*\* exemple d'activités du domaine AGEE : activités « cardio », danse, acrosport, musculation, gymnastique rythmique, stretching, techniques douces, expression corporelle, gymnastique...*

**Je soussigné(e) M<sup>r</sup>, M<sup>me</sup>,**.....,

**résidant à** .....

**atteste sur l'honneur avoir pratiqué des activités sportives de loisir ou de performance dans une même famille et sur une durée minimum de 140 h dans les trois dernières années précédant l'inscription en formation.**

Nature de la pratique	Temps de pratique (en heures)	Période

Merci de bien vouloir joindre, toutes photocopies de documents attestant de votre pratique sportive (licence, justificatif) de votre Entraîneur, Educateur ou Animateur...

*Certifie l'exactitude des renseignements :  
Date et signature du candidat*



## Curriculum Vitæ – Motivations et projet professionnel

Développer en quelques lignes votre Curriculum Vitæ : parcours scolaire / expérience professionnelles et/ou bénévoles / Autres formations :

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

Développer en quelques lignes les motivations et le projet professionnel qui vous amène à suivre ce parcours de formation :

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

**Dossier à retourner avant le 08/06/2016 :**

**COREG EPGV Aquitaine  
Service Formation  
Maison Régionale des sports  
2 avenue de l'université – 33400 TALENCE**

**Courriel :** [formationaquitainepgv@gmail.com](mailto:formationaquitainepgv@gmail.com)

**Tel :** [09 50 54 45 75](tel:0950544575) // [07 83 80 44 51](tel:0783804451)

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

**Je soussigné,** .....

Docteur en :

Médecine Générale    Médecine du Sport    Autre Spécialité : .....

Demeurant : .....

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

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Demeurant : .....

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

**- à la pratique sportive :**

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

**- à l'encadrement et l'animation de loisirs sportifs :**

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

Fait à ....., Le ..... / ..... / 20.....

**Cachet du Médecin**

**Signature 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 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 temporaire ou définitive à la pratique sportive.