

BPJEPS ACTIVITES DE LA FORME MENTION COURS COLLECTIFS A NIMES

DOCUMENTS A JOINDRE DANS VOTRE ESPACE COMITI

→ POUR LES PERSONNES DESIRANT S'INSCRIRE A LA FORMATION

<input type="checkbox"/>	1 photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ou titre de séjour en cours de validité. Le permis de conduire n'est pas recevable.
<input type="checkbox"/>	1 photo d'identité
<input type="checkbox"/>	1 chèque de 51 € pour les frais de dossier (si non effectué par CB via Comiti), libellé à l'ordre du MUC Omnisports Et à envoyer au MUC Omnisports Département Formation – 150 rue François Joseph Gossec – 34070 MONTPELLIER
<input type="checkbox"/>	1 attestation d'assurance en responsabilité civile privée en cours de validité
<input type="checkbox"/>	1 certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités du BPJEPS Activités de la Forme, daté de moins de 1 an à la date d'entrée en formation
<input type="checkbox"/>	1 photocopie de votre PSC1 ou équivalent en cours de validité
<input type="checkbox"/>	1 copie de vos diplômes sportifs
<input type="checkbox"/>	1 CV et une lettre de motivation
<input type="checkbox"/>	L'annexe 2.1 dûment remplie (encadrement du bas uniquement).
<input type="checkbox"/>	1 photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale mentionnant les droits actuels en cours de validité à la date d'entrée en formation
<input type="checkbox"/>	1 copie du certificat individuel de participation à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (candidats ayant entre 18 et 24 ans) ou 1 copie de l'attestation de recensement (seulement pour les candidats ayant moins de 18 ans, n'ayant pas fait la JAPD)

POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI

<input type="checkbox"/>	Attestation d'inscription et avis de situation Pôle Emploi datés de moins de 1 mois au démarrage de formation
--------------------------	---

POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP


<input type="checkbox"/>	Avis d'un médecin agréé par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française du Sport Adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	FINANCEMENT REGION : Se rapprocher des prescripteurs pour la fiche de prescription papier ou dématérialisée
--------------------------	--

**→ POUR LES CANDIDATS DESIRANT PASSER UNIQUEMENT LES EPREUVES PHYSIQUES
SANS S'INSCRIRE A LA FORMATION**

<input type="checkbox"/>	1 photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ou titre de séjour en cours de validité. Le permis de conduire n'est pas recevable.
<input type="checkbox"/>	1 photo d'identité
<input type="checkbox"/>	1 chèque de 51 € pour les frais de dossier (si non effectué par CB via Comitij), libellé à l'ordre du MUC Omnisports Et à envoyer au MUC Omnisports Département Formation – 150 rue François Joseph Gossec – 34070 MONTPELLIER
<input type="checkbox"/>	1 attestation d'assurance en responsabilité civile privée en cours de validité
<input type="checkbox"/>	1 certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités du BPJEPS Activités de la Forme, daté de moins de 1 an à la date d'entrée en formation
<input type="checkbox"/>	1 photocopie de votre PSC1 ou équivalent en cours de validité
<input type="checkbox"/>	1 copie de vos diplômes sportifs

CERTIFICAT MEDICAL*

 <p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE MINISTÈRE DES SPORTS</p>	<p align="center">Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport</p> <p>Spécialité : Educateur Sportif</p> <p>Mention : Activités de la Forme</p>
---	---

****Le certificat médical doit dater de moins de 1 an à la date d'entrée en formation***

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,
certifie avoir examiné en date du.....

Mme, M.....

Né(e) le

Et avoir constaté qu'il(elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des
activités du BPJEPS Activités de la Forme

Observations

.....

.....

.....

.....

Signature et cachet du Médecin

ANNEXE 2.1
DEMANDE DE VALIDATION D'INSCRIPTION

*à transmettre par l'organisme de formation à la DRAJES OCCITANIE
(à l'attention du gestionnaire administratif concerné par le diplôme)
au plus tard le premier jour de la session*

- CPJEPS BPJEPS DEJEPS
 DESJEPS Certificat complémentaire

Spécialité :
Mention : Option :

Organisme de Formation :
Numéro de session :
Formation du au

RAPPEL :

Conformément à l'Art. R. 212-10-13 du Code du Sport, l'organisme de formation s'engage à procéder à l'inscription auprès de la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports des personnes entrant en formation après vérification des conditions d'inscription fixées dans le règlement du diplôme ou du certificat complémentaire

CANDIDAT

ETAT CIVIL

NOM : (Nom de naissance) PRÉNOM
Nom d'Usage ou d'épouse :
Nationalité : Sexe
Date de naissance : Lieu de naissance : Département :

COORDONNEES

Adresse du candidat

.....
CP : Ville :
☎ :
Adresse mail :@..... (Obligatoire)

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le

Signature du candidat

* Sauf opposition expresse de de votre part, en cas de réussite à l'examen, votre nom figurera dans la liste des candidats admis qui sera publiée sur le site internet de la DRJSCS : <http://occitanie.drjscs.gouv.fr>