



Session 2022 - 2023



Promotion BPJEPS Activités Physiques pour Tous

## DOSSIER DE CANDIDATURE

Cochez vos souhaits			
BPJEPS Activités Physiques pour Tous	<input type="checkbox"/>		
En Apprentissage	<input type="checkbox"/>	En Formation continue	<input type="checkbox"/>

Dossier de candidature à l'entrée en formation 2022/2023



	COCHÉ PAR O.F
<b>Afin que votre dossier de candidature soit traité, voici les conditions obligatoires à remplir :</b>	
1. . <b>Le dossier de candidature dûment rempli</b>	1 <input type="checkbox"/>
2. . <b>Un curriculum vitae (CV)</b>	2 <input type="checkbox"/>
3. . <b>1 photos d'identité</b>	3 <input type="checkbox"/>
4. . <b>1 photocopie d'une pièce d'identité valide (passeport ou carte d'identité recto/verso)</b>	4 <input type="checkbox"/>
5. . <b>La copie des diplômes complémentaires (PSC1, SST, BAFA, BAFD...)</b>	5 <input type="checkbox"/>
6. . <b>La copie de l'attestation de recensement OU la copie du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense</b>	6 <input type="checkbox"/>
7. . <b>1 certificat médical de non contre-indication à la pratique ET à l'encadrement des activités physiques et sportives.</b>	7 <input type="checkbox"/>
8. <b>Avoir satisfait aux (TEP) Tests d'exigences Préalables</b>	8 <input type="checkbox"/>



FICHE D'IDENTITE	
SEXE	
NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
LIEU DE NAISSANCE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
VILLE	
N° DE SECURITE SOCIALE	
TELEPHONE	
E-MAIL	



VOTRE SITUATION	
SITUATION ACTUELLE	<ul style="list-style-type: none"><li>• EN ACTIVITE PROFESSIONNELLE <input type="checkbox"/></li><li>• ETUDIANT <input type="checkbox"/></li><li>• DEMANDEUR D'EMPLOI <input type="checkbox"/></li><li>• AUTRE : .....</li></ul>

VOS DIPLÔMES SPORTIFS, FÉDÉRAUX, OU PROFESSIONNELS	
ANNÉE	DENOMINATION



### VOTRE STRUCTURE

AVEZ-VOUS UNE STRUCTURE D'ALTERNANCE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
DÉNOMINATION DE VOTRE STRUCTURE	
SIRET	
CODE NAF /APE	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
VILLE	
TÉLÉPHONE	
E-MAIL	
NATURE DES ACTIVITÉS SPORTIVES / PUBLICS ACCUEILLIS	

### LE RESPONSABLE DE VOTRE STRUCTURE

NOM	
PRÉNOM	
TÉLÉPHONE	
E-MAIL	

### VOTRE TUTEUR (PERSONNE AYANT LE BPIEPS DEPUIS PLUS DE 2 ANS OU DIPLÔME ÉQUIVALENT)

NOM	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE	
TÉLÉPHONE	
E-MAIL	



Je soussigné(e), Docteur en Médecine, .....

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme \* .....

et avoir constaté qu'il / elle \* ne présente aucune contre-indication apparente à la  
**Pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.**

*\*Rayer les mentions inutiles.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cachet du Médecin Signature du Médecin**