



Session 2022 - 2023



Promotion BPJEPS Activités physiques pour tous

DOSSIER DE CANDIDATURE

Cochez vos souhaits			
BPJEPS Activités Physiques pour Tous	☐		
En Apprentissage	☐	En Formation continue	☐

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



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



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	• EN ACTIVITE PROFESSIONNELLE ☐ • ETUDIANT ☐ • DEMANDEUR D'EMPLOI ☐ • AUTRE :

VOS DIPLÔMES SPORTIFS, FÉDÉRAUX, OU PROFESSIONNELS	
ANNÉE	DENOMINATION



VOTRE STRUCTURE

AVEZ-VOUS UNE STRUCTURE D'ALTERNANCE ?	OUI ☐ NON ☐
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 BPJEPS 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