



SESSION 2026-2027

FORMATION NIVEAU 4

BPJEPS Multi Activités Physiques ou Sportives

DOSSIER DE CANDIDATURE



SPORT BUSINESS ACADEMY

TÉL : 01 88 28 16 60 / DIRECTION.CFA.SBA@GMAIL.COM



DOCUMENTS POUR VOTRE INSCRIPTION

Afin que votre dossier soit traité, voici les conditions **obligatoires** à remplir :

- ☀ Le dossier de candidature dûment rempli
- ☀ Un Curriculum Vitae (CV)
- ☀ 1 photo d'identité
- ☀ 1 photocopie d'une pièce d'identité valide (passeport ou carte d'identité recto-verso)
- ☀ Le certificat de secourisme (PSC1, SST...)
- ☀ La copie individuel de participation à l'appel de préparation à la défense

- ☀ Le certificat médical de non contre-indication à la pratique ET à l'encadrement des activités physiques et sportives (présent dans le dossier)
- ☀ Avoir satisfait aux Tests d'Exigences Préalables (TEP)

Partie de l'organisme de formation Sport business Academy (Validation du dossier).

Signature _____

Complet le _____



NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

N° de sécurité sociale _____

Téléphone _____

E-mail _____

☐ En activité professionnelle

☐ Etudiant

☐ Demandeur d'emploi

☐ Autre : _____

VOS DIPLÔMES (SPORTIFS, FEDERAUX, PROFESSIONNELS...)

[illegible]



VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

DATE DE DÉMARRAGE DU CONTRAT DANS
VOTRE STRUCTURE:

DENOMINATION DE VOTRE STRUCTURE

SIRET

CODE NAF / APE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE

E-MAIL

NATURE DES ACTIVITES / PUBLICS
ACCUEILLIS

NOMBRE DE SALARIÉS AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE

LE RESPONSABLE DE VOTRE STRUCTURE

NOM

PRENOM

TELEPHONE

E-MAIL

VOTRE TUTEUR

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU

TELEPHONE

E-MAIL

NUMERO DE SECURITE SOCIALE

EMPLOI OCCUPE



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