

OPTION : Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression

SESSION DUAU

photo

DOSSIER D'INSCRIPTION

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisirs Sportif CQP ALS

IDENTITÉ DU DEMANDEUR :

Madame Monsieur

Nom : _____ Nom d'usage : _____

Prénom : _____

Date de nais. : _____ Lieu et Dép. de nais : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail : _____

N° sécurité sociale (10 premiers chiffre) : _____

Situation :

- Bénévole ou salarié dans une association UFOLEP
N° de licence UFOLEP : _____
- Bénévole ou Salarié dans une association non affiliée
- Autre : préciser _____

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNEL et SPORTIF

FORMATION UFOLEP

| Diplômes fédéraux | Année | Lieu |
|--------------------------|--------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Perfectionnement ou recyclage <i>(n'indiquer que les dernières formations suivies)</i> | Année | Lieu |
|--|--------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

AUTRES FORMATIONS

| Diplômes scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s), fédéraux | Année |
|---|--------------|
| | |
| | |
| | |

| Diplôme(s) sportif(s) (BEES, BP JEPS, ...) | Année |
|---|--------------|
| | |
| | |
| | |

| Autres diplômes (AFPS, PSC1, BAFA, BAFD, ...) | Année |
|--|--------------|
| AFPS ou PSC1 | |
| | |
| | |

Joindre les justificatifs (photocopies des diplômes)

ANIMATION SPORTIVE**FONCTIONS BÉNÉVOLES OU EMPLOIS OCCUPÉS EN LIEN AVEC LE DIPLÔME DEMANDÉ
(AU COURS DE CES 5 DERNIÈRES ANNÉES)**

| Dates <i>(du JJ/MM/AA au JJ/MM/AA ou Depuis le JJ/MM/AA)</i> | Fonction occupée | Nom de la structure ou de l'association | Activité encadrée | Nombre d'heures ou pourcentage de temps travaillé |
|--|-------------------------|--|------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

AUTRES EXPÉRIENCES D'ENCADREMENT

| Dates | Fonction occupée | Nom de la structure ou de l'association | Missions principales |
|--------------|-------------------------|--|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |

ACTIVITES SPORTIVES PRATIQUEES

| Activités pratiquées | Structure | Volume horaire annuel | Date / Période |
|----------------------|-----------|-----------------------|----------------|
| | | | |

STRUCTURE D'ACCUEIL

- Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique (50h) ?

OUI NON *Si oui :*

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Nom du représentant de la structure : _____

N° Siret : _____

- Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ?

OUI NON *Si oui :*

Nom : . _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Diplôme du tuteur : _____

OPTION CHOISIE :

AGEE (Activités Gymnique d'Entretien et d'Expression)

MOTIVATION DE LA DEMANDE

*En vous appuyant sur votre expérience, vous rédigez, un texte qui mettra en valeur les objectifs (à moyen et long terme) que vous désirez atteindre avec ce diplôme.
Vos motivations ci-dessous ou sur papier libre.*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
Nom-Prénom :

Date :

Signature :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Votre formation sera financée par :

- Votre entreprise
 Votre association
 L'OPCA de votre employeur
 Le pôle Emploi
 Financement personnel
 Autre (Préciser) : _____

Nom de la structure financeur : _____

Nom du représentant légal _____

Adresse _____

Code postal : _____

Ville _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

N° SIRET : _____

OPCA _____

Demande à entrer en formation

Demande une VAE (Validation des Acquis de l'Expérience)

Pièces à joindre (tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- **Photocopie de votre carte d'identité**
- **Photocopie AFPS ou PSC1***
- **Attestation de pratique d'activité et/ou d'encadrement**
- **Attestation de rencontre avec le Délégué Départemental UFOLEP**
- **Photocopie diplômes professionnels**
- **Un chèque de 45 euros de frais de gestion administrative à l'ordre du Comité Régional Ufolep Ile de France**
- **Certificat médical autorisant la pratique sportive et l'encadrement des activités sportives datant de moins d'un an (modèle joint)**
- **Curriculum Vitae**

Retour du dossier :

UFOLEP IDF
 Service Formation
 3 rue Récamier
 75341 PARIS Cedex 07

Information :

Email : formation@ufolep-idf.org
 Site : www.ufolep-idf.org
 Tel : 01 43 58 97 08

* L'UFOLEP IDF met en place plusieurs sessions de formation PSC1.
Voir les dates sur le site formation.ufolep-idf.org.

Attestation de pratique d'activités sportives d'entretien et d'expression (AGEE)

Au regard des pré requis du
CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE D'ANIMATEUR
DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)

Je soussigné,

(Nom, prénom) :

Responsable de la structure

(Dénomination) :

Adresse :

Atteste sur l'honneur que M. (Nom, Prénom) :

Date et lieu de naissance :

A pratiqué les activités gymniques d'entretien et d'expression dans le cadre d'une activité de loisirs ou de performance sur **une durée minimale de 140 heures au cours des trois dernières années** répondant aux caractéristiques ci-après mentionnées :

Nature, volume (en heures) et période (début et fin) des activités effectuées :

-
-
-
-

Cachet de la structure

fait à,

le

Signature du responsable de la structure

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.

Rencontre avec le (la) Délégué(e) départemental UFOLEP *

Je Soussigné (e) M

Délégué (e) départemental de

Atteste avoir rencontré M

Qui entre en session de formation CQP ALS option AGEE

Session du au

Fait à, le

Signature du responsable de la structure

Cachet de l'UFOLEP

* Proche de votre domicile ou de votre lieu d'activité professionnel

Liste des UFOLEP départementaux de la région Ile de France

UFOLEP 75

Délégué : DE JAEGER Arnaud 167 bld de la Villette 75010 Paris
tel : 01.53.38.85.07 email : ufolep75@ligueparis.org

UFOLEP 77

Déléguée : ANELLI Marie Helene
58 ALLEE EDOUARD BRANLY - 77550 MOISSY-CRAMAYEL
tel : fax : 01.64.39.54.59
email : contact@ufolep77.org

UFOLEP 78

Délégué : TREZIERES Ludovic
380 AVENUE DES SABLONS -78370 PLAISIR
tel : 0130547153 fax : 0870278078
email : contact@ufolep78.org

UFOLEP 91

Déléguée : PERDRY Carole
1 rue Pasteur - 91000 EVRY
tel : 0160750199 fax : 0169360812
email : secretariat@ufolep91.org

UFOLEP 92

Délégué : DAUBE Olivier
24 BOULEVARD DE LA SEINE - 92000 NANTERRE
tel : 0146699201 fax : 0146699223
email : ufolep92@ligue92.org

UFOLEP 93

Délégué : TURGIS Robert
119 RUE PIERRE SEMARD - 93000 BOBIGNY
tel : 0148962525 fax : 0148323499
email : fol93@wanadoo.fr

UFOLEP 94

Délégué : PIEDFER-QUENEY Eric
88 RUE BOURDARIAS ESPACE CONDORCET BP 81 - 94142 ALFORTVILLE CEDEX
tel : 0143538035 fax : 0143538006
email : ufolep94.ligue94@gmail.com

UFOLEP 95

Déléguée : LOQUIEN Jocelyne
4 RUE BERTHELOT - 95300 PONTOISE
tel : 0130318939 - fax : 0130329795
email : loquien.ufolep95@ligue95.com