

OPTION : Jeux Sportifs Jeux d'Opposition (JSJO)

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



JSJO (Jeux Sportifs Jeux d'opposition)

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'OPCO de votre employeur
 Le pôle Emploi
 Financement personnel
 CPF

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

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 (JSJO)

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 Jeux Sportifs et Jeux d'Opposition 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 (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 JSJO

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 : BOURGOUIN Magali
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