

**UNION FRANÇAISE DES OEUVRES LAÏQUES ET  
D'ÉDUCATION PHYSIQUE**

COMITÉ RÉGIONAL ILE-DE-FRANCE

**Dossier d'inscription  
Certificat de Qualification Professionnelle  
Animateur de Loisirs Sportif  
CQP ALS  
Sessions 2024 - Créteil  
(Test technique et de sélection)**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITÉ**

*Dossier d'inscription à retourner par mail ou voie postale :*

**Comité Régional UFOLEP Ile-De-France  
Service formation  
3 rue Récamier 75341 Paris Cedex 7**

Fin d'admission des dossiers : **31 mai 2024**

Nom et Prénom du candidat.e : .....

**OPTION :**

- Jeux Sportifs Jeux d'Opposition (JSJO)  
 Activités Gymniques d'entretien et d'expression (AGEE)

**Pour une demande de formation partielle, merci de cocher le bloc de compétence que vous souhaitez :**

- Bloc de compétences 1     Bloc de compétences 2     Bloc de compétences 3

**Pour tout renseignement complémentaire, contactez :**

UFOLEP IDF Service formation : [formation@ufolep-idf.org](mailto:formation@ufolep-idf.org)

Site : [www.ufolep-idf.org](http://www.ufolep-idf.org)

Tel : 01 43 58 97 08

## PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR

- Une photo d'identité récente (à coller dans ce dossier).
- Une pièce administrative en cours de validité (originale ou photocopie lisible recto/verso) justifiant de son l'identité.
- Être âgé de 16 ans révolus à l'entrée en formation (pour les mineurs, fournir une autorisation du représentant légal pour suivre la formation accompagnée d'une copie de la pièce d'identité du représentant).
- Dossier à compléter de la page 1 à 9 :
  - Lettre de motivation justifiant de votre intérêt pour intégrer la formation (page 6).
  - Attestation de prise en charge financière (page 7).
  - Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'animation des activités relatives au diplôme datant de moins d'un an à la date de l'inscription (utiliser obligatoirement le modèle fournit en page 8),
  - Attestation de la structure d'alternance identifiée (page 5).
- Pièces justifiant d'une RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé).
- Copie de diplôme de PSC1 (ou équivalent).
- Pièces justifiant des allègements et/ou équivalences.
- Règlement ou chèque de 50 €, libellé à l'ordre de l'UFOLEP Île-de-France, correspondant à l'inscription au test de sélection (non remboursables).

Notre RIB pour le règlement par virement (attention à bien indiquer votre NOM et Prénoms) :

**IBAN** : FR76 1027 8062 1600 0203 8090 128

**BIC** : CMCIFR2A

**FICHE DU CANDIDAT**

Madame     Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Lieu et Dép. de nais : \_\_\_\_\_

Date de nais. : \_\_\_\_\_ Ville et code postal : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Salarié :    CDD        CDI        Intérim        Régime pôle emploi : \_\_\_\_\_

Demandeur d'emploi depuis le : \_\_\_\_\_ Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Structure d'accueil : \_\_\_\_\_ N° identifiant : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale (10 premiers chiffre) : \_\_\_\_\_

Êtes- vous porteur d'un handicap ? Si oui, merci de préciser : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom et téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Situation :         Titulaire d'une licence UFOLEP valide (remise de 150€ possible sur les frais d'inscription à la formation),

- Préciser le N° de licence UFOLEP : \_\_\_\_\_
- Préciser le nom de votre club UFOLEP : \_\_\_\_\_

**PARCOURS DE FORMATION  
PROFESSIONNEL ET SPORTIF**

Votre parcours sportif en tant pratiquant :

Activités	Année de pratique	Cadre (association Ufolep, organismes privées...)

Quel sont vos diplômes acquis dans le domaine sportif ?

Diplômes sportifs (BEES, BP JEPS, ...)	Année

Autres diplômes (Diplômes scolaires et/ou Universitaire, AFPS, PSC1, BAFA, BAFD,...)

Diplômes	Année

*Joindre les justificatifs (photocopies des diplômes)*

**STRUCTURE D'ACCUEIL**

Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique ?

Oui

Non

**Si oui :** .....

Nom de la structure d'accueil : .....

Nom du/de la responsable : .....

Adresse de la structure d'accueil : .....

Activités sportives proposées par la structure :

.....  
.....

Nom et prénom du tuteur.trice : .....

Mail du tuteur.trice : .....

Numéro de téléphone du tuteur / de la tutrice : .....

Diplôme du tuteur.trice : ..... ;

Fait le ....., à .....

**Signature du/ de la responsable de la structure**

**Signature du tuteur/ de la tutrice**

**MOTIVATION DE LA DEMANDE**

*Quels sont vos objectifs professionnels à court et long terme et comment envisagez-vous les atteindre avec la formation CQP ALS ?*

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

Nom-Prénom : .....

Date :

Signature :

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

- Pôle Emploi (joindre justificatifs)
- Employeur (joindre l'accord employeur et/ ou OPCO)
- Auto-financement (personnel) (signature en bas à droite)
- Compte Personnel de Formation, indiquer le montant disponible sur votre compte :
- Structure d'alternance (remplir ci-dessous)
- À la recherche d'une prise en charge

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je soussigné(e) ..... ;

Qualité :

.....

Représentant la structure :

.....

Adresse :

.....

.....Code postal : ..... Ville : .....

Mail .....

Téléphone : .....

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation engagée par le/la candidat(e) :

.....

Ces frais devront être facturés à :

NOM : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Fait à ..... Fait à .....

Le ..... Le .....

**Signature du responsable**

**Signature du candidat**

**Cachet de la structure**



## TARIFS

Pour la mention AGEE ou JSJO	
Inscription test de sélection	50 €
Inscription journée de positionnement	60 €
Coûts pédagogiques (avec prise en charge)	2.880 €
Coûts pédagogiques (en auto-financement)	Demander un devis

## VOLUMES HORAIRES DE FORMATION

**Test de sélection** : le 04/06/2024

**Journée de positionnement** : le 14/06/ 2024

**EPMS (épreuve préalable de mise en situation pédagogique)** : le 23/07/2024

**EPMS-R** : le 27/08/2024

**Certification** : du 26 au 29/11/2024

**Certification rattrapage** : du 07 au 10 /01/2025

**Les journées de formation :**

<b>Formation</b>	<b>Juillet</b>	Du 01 au 04/07/2024 Du 22 au 25/07/2024	56 h
	<b>Août</b>	Du 26 au 30/08/2024	30 h
	<b>Septembre</b>	Du 16 au 19/ 09/2024	26 h
	<b>Octobre</b>	Du 07 au 10/10/2024 Du 28 au 30 /10/2024	49 h
	<b>Novembre</b>	Le 07/11/2024	07 h
<b>Stage</b>	<b>Stage en structure</b>	Entre le 05/07/24 et le 08/11/24	80 h
<b>Volume total de formation</b>	<b>248 h</b>		

**Cadre réservé à l'administration**

**Règlement ou chèque 50€ :**

Oui  Non

**Montant et date du règlement**

**Règlement positionnement 60 € :**

Oui  Non

**Montant et date du règlement**

**Entrée en formation € :**

Oui  Non

**Montant et date du règlement :**

**Dossier traité le :**

**Par :**

Complet  Incomplet

**Manque :**