

## DOSSIER D'INSCRIPTION

*C*ertificat de

*Q*ualification

*P*rofessionnelle

**D'Animateur de Loisir Sportif**

**Option : Activité Gymnique d'Entretien et d'Expression**

**Marseille et Sainte Tulle**

**Retour impératif des dossiers avant le  
12 septembre 2019**

## DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER

- Fiche identitaire
  
- Certificat de non contre indication à la pratique sportive et à l'animation sportive datant de moins d'1 an selon le modèle type fournit au dossier
  
- La copie de la carte nationale d'identité ou passeport recto/verso
  
- La copie de l'attestation de Formation PSC 1 ou SST (ou équivalent)
  
- La copie d'un diplôme fédéral et/ou professionnel dans le sport ou l'animation (si vous en possédez un) ou bien l'attestation jointe de pratique pour un volume minimum de 140h
  
- Le chèque de règlement à l'ordre de l'UFOLEP PACA ou bien le document de prise en charge d'un organisme. *(Possibilité de payer en 3 à 4 fois).*
  
- Si vous avez déjà un tuteur pour le stage en alternance, joindre la copie de son diplôme

*Le nombre de place étant limité, seuls les dossiers complets seront pris en compte.*

## FICHE IDENTITAIRE

(A retourner avant le 12 septembre 2019)

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Lieu : .....

Adresse : .....

.....

 : .....

@ : .....

Diplômes acquis et année d'obtention : .....

Je cède /ne cède pas (*razer la mention inutile*) pour une durée illimitée et à titre gracieux au bénéficiaire de l'UFOLEP, les droits d'utilisation d'images saisies dans le cadre de la formation aux fins de reproduction, par tous les moyens et sur tous les supports connus ou inconnus à ce jour.

## LA STRUCTURE D'ACCEUIL ?

Avez-vous trouvé la structure d'accueil qui vous accueillera pour effectuer votre stage en alternance (50h) ?  oui  non

Si oui :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Nom du représentant de la structure : .....

Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ?  oui  non

Si oui :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Diplôme du tuteur : .....

## MIEUX VOUS CONNAITRE

✓ **Pratiquez-vous une autre activité sportive, si oui laquelle ?**

.....

✓ **Possédez-vous un diplôme dans l'animation ou un diplôme sportif ? (professionnel et/ou fédérale)**

*Si oui, le(s)quel(s) :*

.....

.....

.....

.....

✓ **Avez-vous déjà enseigné une activité sportive ?**

*(Précisez le public, l'activité, la durée, dans quel cadre)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **Exercez-vous des activités bénévoles ?**

*(lesquelles).....*

.....

.....

.....

✓ **Renseignement(s) que vous pensez utile(s) de nous communiquer :**

.....

.....

.....

.....

## ATTESTATION DE PRATIQUE

**L'entrée en formation CQP ALS nécessite au préalable, la pratique d'une activité physique et sportive d'une durée minimale de 140 heures durant les 3 dernières années, dans une même famille d'activités (AGEE, ARPO, JSJO).**

**Le représentant de l'association**

Mr ou Mme ..... Fonction dans l'association : .....

Nom de l'association : .....

atteste que Mr ou Mme .....

candidat(e) à la formation CQP ALS a réalisé dans le cadre d'une activité de loisirs d'une durée de minimale de 140 heures au cours des trois dernières ci-dessous mentionnées

Nature de la pratique	Temps de pratique (en heures)	Période (Début et fin)

*Date et signature du responsable de la structure :*

*Nom et signature du candidat :*

*Merci de bien vouloir joindre, toutes photocopies de documents attestant de votre pratique sportive*

*(licence, justificatif) de votre Entraîneur, Educateur ou Animateur...*

*\*Document à photocopier et à renseigner autant de fois que nécessaire*

## CERTIFICAT MEDICAL

**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 : ..... / ..... / .....      à :  
.....

Demeurant : .....  
.....  
.....  
.....

Et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

**A LA PRATIQUE SPORTIVE ET A L'ENCADREMENT ET L'ANIMATION DE LOISIR SPORTIF :**

Sans restriction       A l'exception de la (des) discipline(s) :  
.....

Fait à .....

Le ..... / ..... / 20....

*Signature et Cachet 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.

## PLANNING PREVISIONNEL

(sous réserve de modifications éventuelles)

Dates	Module	Lieu
12 septembre 2019	Date limite d'Inscription	UFOLEP Paca
28 septembre 2019	Tests de sélection	Ste Tulle
11-octobre 2019	Positionnement	Ste Tulle
12 et 13 octobre 2019	Séquence de formation 1 Et EPSMP	Ste Tulle
23 et 24 novembre 2019	Séquence de formation 2	Ste Tulle
14 et 15 décembre 2017	Séquence de formation 3	Marseille
10-11 et 12 janvier 2020	Séquence de formation 4	Ste Tulle
8 et 9 février 2020	Séquence de formation 5	Marseille
27-28-29 Mars 2020	Séquence de formation 6	Ste Tulle
29 mars 2020	Date de dépôt des dossiers UC 1	
17-18-19 Avril 2020	Evaluation UC1 – UC2 – UC3	Marseille
juin 2020	Commission Régionale d'Evaluation	Marseille
juin 2020	Jury national	Paris

Pour Information : vous avez la possibilité d'être hébergé(e) et de vous restaurer sur le lieu de la formation lors des séquences au Centre Regain à Sainte Tulle (cout d'hébergement et de la restauration en supplément du cout de la formation).