



*Photo*

MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE



### Dossier d'inscription

Certificat de Qualification Professionnelle  
Animateur de Loisir Sportif  
**FORMATION UFOLEP REGION**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITE.  
LIMITE DE CANDIDATURE : 27 septembre 2019**

**MERCI DE RENVoyer LE DOSSIER A : MADAME ARZEUX Charline  
UFOLEP REGION DES PAYS-DE-LA-LOIRE –  
MAISON DES SPORTS – BATIMENT C - 44 RUE ROMAIN ROLLAND 44100 NANTES**

Dossier d'inscription

NOM du candidat : .....Prénom : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

☐ AGEE ☐ JSJO ☐ ARPO ☐ PARCOURS

#### Cadre réservé à l'administration :

Règlement par chèque joint :

☐ Oui ☐ Non

Montant et date du chèque :

Dossier traité le :

Par :

☐ Complet ☐ Incomplet

Manque :

<b>PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT</b>
---

- ☐ 1 photo d'identité récente
- ☐ Photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso en cours de validité ou du passeport en cours de validité.
- ☐ Copie de l'attestation d'assurance de Responsabilité Civile
- ☐ Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités relatives au diplôme datant de moins d'un an au jour du positionnement
- ☐ Chèque de 50€ libellé à l'ordre de l'agent comptable de l'UFOLEP Pays-de-la-Loire correspondant aux frais d'inscription.
- ☐ Chèque libellé à l'ordre de l'agent comptable de **l'UFOLEP Pays-de-la-Loire** correspondant aux frais de formation ou un document officiel attestant d'une prise en charge pour votre **FORMATION CQP ALS UFOLEP REGION.**

**A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER**

**Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :**

UFOLEP Pays-de-la-Loire  
Charlaine ARZEUX  
Responsable de formation CQP ALS  
Maison des Sports - Bâtiment C  
Rue Romain Rolland – 44100 Nantes  
[ufoleppaysdelaloire@gmail.com](mailto:ufoleppaysdelaloire@gmail.com)  
02 40 38 34 57  
07 67 49 11 57

## FICHE D'IDENTITE STAGIAIRE

M. ☐

Mme ☐

NOM (de naissance) : .....

NOM d'usage : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à.....

Département et pays de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Statut personne handicapée : OUI ☐ NON ☐

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Situation actuelle :

☐ Bénévole licencié UFOLEP - n° licence :

.....

☐ Salarié dans une association UFOLEP - n° licence :

.....

☐ Bénévole licencié dans une association non affiliée à l'UFOLEP

☐ Salarié licencié dans une association non affiliée à l'UFOLEP

☐ Autre (préciser) :

.....

## **PARTIE PEDAGOGIQUE**

### **PARCOURS PERSONNEL, PROFESSIONNEL ET SPORTIF**

Diplômes scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s)	Année	
Diplôme(s) d'Etat (BEES, BP JEPS, ...)	Année	
Diplômes fédéraux (préciser la fédération concernée)	Année	Lieu
Autres diplômes (BAFA, BAFD, PSC 1...)	Année	

**LES PHOTOCOPIES DES DIPLOMES SONT A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

## **EXPERIENCE D'ANIMATION**

Possédez-vous une ou des expériences d'animation sportive et/ou socioculturelle ?

Oui ☐ Non ☐

Si Oui, veuillez remplir le tableau suivant :

(au cours des 5 dernières années uniquement)

Dates	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Activité(s) encadrée(s)	Public concerné	Nombre d'heures ou pourcentage de temps travaillé

Autres expériences d'encadrement ?

Oui ☐ Non ☐

Si Oui, veuillez remplir le tableau suivant :  
(au cours des 5 dernières années uniquement)

Date	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Mission principale

### **ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES PRATIQUEES**

Lister les activités physiques et sportives pratiquées en-dehors de celles concernées par les « attestations obligatoires de pratique » fournies dans le dossier :

Activités pratiquées	Structure	Volume horaire par an	Date

## **STRUCTURE D'ACCUEIL CQP ALS**

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

Si oui : Nom de la structure :

N° SIRET :

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... E mail : .....

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

Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Nom et Prénom :

Téléphone : ..... E mail : .....

Diplôme du tuteur : .....

## **EXPOSE DES MOTIVATIONS**

En vous appuyant sur votre expérience, vous rédigerez, de votre main, un texte qui mettra en valeur les objectifs (à moyen et long terme) que vous désirez atteindre en vous engageant dans cette formation.

Vous devrez vous appuyer sur les aspects suivants : expérience personnelle, projet professionnelle...

## **FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Votre formation sera financée par :

☐ Votre entreprise

☐ Votre association

☐ L'OPCA de votre employeur

☐ Financement personnel

☐ Autre (préciser) : .....

## **NOM DE LA STRUCTURE QUI FINANCE VOTRE FORMATION**

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : ..... Email : .....

N° SIRET : ..... OPCA : .....

Par ce dossier,

1 – Je sollicite mon inscription à la pré-qualification à la formation **UFOLEP REGION.**

2 – Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à ....., le .....

Signature de la ou du candidat(e)





## **CERTIFICAT MEDICAL**

**Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport**

**Je soussigné(e)**.....

Docteur en :

☐ Médecine Générale ☐ Médecine du Sport ☐ Autre Spécialité :.....

Demeurant :

.....  
.....

**Certifie avoir examiné ce jour :**

M / Mme / Mlle (*rayez la mention inutile*) : Nom.....Prénom.....

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 ..... / ..... / .....

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.

P.S. : ce certificat devra dater **de moins d'un an** à la date limite d'inscription à la formation.



## Attestation de pratique d'activités physiques et sportives

### CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE D'ANIMATEUR DE LOISIRS SPORTIFS (CQP « ALS »)

Je, soussigné(e) .....

Responsable de la structure: .....

Adresse de la structure : .....

Code postal : ..... Commune : .....

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

.....

Date de naissance.....

A pratiqué, une ou des Activités Physiques et Sportives, sur une durée minimale de

.....heures au cours des trois dernières années.

Fait à ....., le .....  
Signature.