

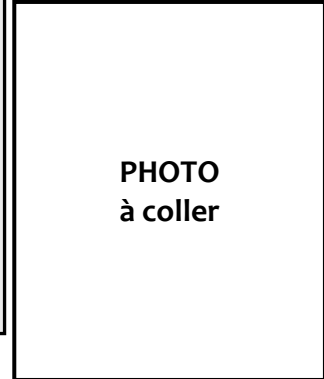
**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**CADRE RESERVÉ A FORMATIC**

Financement  PRF  EMPLOYEUR  PERSO  AUTRES .....

Rémunération  ASP  POLE EMPLOI  AAH  AUTRES .....

Observations .....



**Formation choisie**

TEP Tests aux Exigences Préalables

BPJEPS **Spécialité** : Educateur Sportif **Mention** : Activités de la Forme **Option** : Haltérophilie musculation (HM)

BPJEPS **Spécialité** : Educateur Sportif **Mention** : Activités de la Forme **Option** : Cours collectifs (CC)

BPJEPS **Spécialité** : Educateur Sportif **Mention** : Activités Physiques pour Tous

BPJEPS **Spécialité** : Animateur **Mention** : Loisirs Tout Public  CPJEPS Animateur d'activités et de vie quotidienne

**Comment avez-vous eu connaissance de cette formation dispensée par notre Organisme ?**

Internet  Courrier d'information  Bouche à oreille  Autre, à préciser (*Mission Locale, Pole Emploi...*) .....

**Lettre de candidature**

Je soussigné(e)..... souhaite m'inscrire à la formation préparant au :

BPJEPS **Mention** : Activités de la Forme  HM et/ou  CC  BPJEPS. **Mention** : Activités Physiques pour Tous

CPJEPS **Spécialité** : Animateur d'activités et de vie quotidienne  BPJEPS. **Mention** : Loisirs Tout Public

Sous réserve de répondre aux exigences préalables, de réussir les tests de sélection, du financement de ma formation (Places Régions, financement employeur, financement personnel, ...)

Réservé au secrétariat de la formation

Date d'arrivée du dossier :

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis**

Fait à : ..... le .....

Signature du candidat :

**Pour les candidats mineurs,**

signature des parents (ou du représentant légal, NOM Prénom) :

Votre dossier est à déposer (ou envoyer) à :  
FORMATIC 105 rue Pierre Bayle 84140 Avignon / 04 65 00 02 32

**Etat civil**

VEUILLEZ COMPLETER CET ENCADRE EN LETTRES MAJUSCULES

Genre :  Mademoiselle  Madame  Monsieur

Nom : ..... *(joindre copie de la Carte d'Identité en cours de validité, recto/verso, ou copie de la Carte de Séjour, ou du Passeport)*

Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Code postal de la ville de naissance (code postal complet) : (exemple : 13200) .....

Lieu de naissance (Ville et Pays) : (exemple : ARLES, FRANCE) .....

Age : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Tél en cas d'urgence : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

N° sécurité sociale : ... / ... / ... / ... / ..... / ..... / ..... C.P.A.M. de : ..... *(joindre copie de l'Attestation carte VITALE et copie lisible carte VITALE)*

Situation familiale :  Célibataire  Maritalement  Marié(e)  Divorcé(e)  Autre

Nombre d'enfants à charge : ..... *(pour les candidats charge de famille et les mineurs, joindre copie du livret de famille)*

Permis de conduire  Véhicule personnel

**Parcours de formation**

**Niveau scolaire :**     VI Bis Sans scolarité                       VI Fin de scolarité                       V CAP – BEP  
                                   IV Baccalauréat     III Bac +2     II Licence et plus

**Dernière classe scolaire suivie :** .....

**Formation générale et diplômes :**

Intitulé du diplôme <i>(Joindre la photocopie du diplôme)</i>	Date d'obtention jour/mois/année

**Formations et diplômes professionnels dans l'animation :**

Diplômes <i>(Joindre la copie du diplôme)</i>	Date d'obtention jour/mois/année	Diplômes <i>(Joindre la copie du diplôme)</i>	Date d'obtention jour/mois/année
<b>B.A.S.E</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<b>BAPAAT</b> <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Complet	
<b>B.A.F.A.</b> <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Brevet complet		<b>BPJEPS (BEATEP),</b> mention : .....	<input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Complet
<b>B.A.F.D.</b> <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/> Brevet complet		<b>PSC1 ou AFPS</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Autre stage de formation rémunéré :**

Avez-vous déjà effectué un stage de formation rémunéré                       Oui                       Non  
 Si OUI la formation a été rémunérée par :  AFPA    ASSEDIC/POLE EMPLOI    CNASEA/ASP    Autres : .....  
 Intitulé de la formation : ..... Nom du Centre de formation : .....  
 Dates de la formation (jour/mois/année) : du ..... au .....

**Situation professionnelle**
 **SALARIE(E)** *(joindre l'autorisation d'inscription à la formation de l'employeur, et l'accord de prise en charge)*

**Nom de l'employeur :** ..... **Personne à contacter :** .....  
**Adresse :** .....  
**CP :** ..... **Ville :** ..... **Tél. fixe :** .....  
**Fax :** ..... **E-mail :** .....@.....  
**Type de contrat :**     CDI                       CDD                       Contrat Aidé                       Autres : .....  
**Prise en charge employeur**                       Oui                       Non  
**Ou par OPCO**     Oui                       Non    *(information auprès de votre employeur)*

 **INSCRIT(E) A POLE EMPLOI** *(joindre copie de la notification et la prescription de Pôle Emploi)* *(à renseigner obligatoirement en clair)*

**Pôle Emploi (ALE) de :** ..... **Nom du Conseiller :** .....  
**N° identifiant :** ..... **Date d'inscription :** .....  **DELD**  
**Indemnisation POLE EMPLOI**                       Oui                       Non                      **Si oui date de fin d'indemnisation :** .....  
**Dernier emploi occupé :** ..... **Date de fin du dernier emploi :** .....

 **INSCRIT(E) A LA MISSION LOCALE** *(joindre copie de la prescription de la Mission Locale)*

**Mission locale de :** ..... **Nom du Conseiller :** ..... **Date d'inscription :** .....

 **AUTRES (Cap Emploi, Conseil Départemental, ...)** *(joindre copie de la prescription de l'organisme)*

**Nom de l'organisme :** ..... **Nom du Conseiller :** ..... **Date d'inscription :** .....

**Informations pratiques :**

- \* **Pour les demandeurs d'emploi ou non de moins de 26 ans :** Vous devez être inscrit auprès de la mission locale de votre lieu d'habitation et avoir une prescription de la part de votre conseiller pour suivre cette formation (SEDOP, travail sur projet professionnel, ...)
- \* **Pour les demandeurs d'emploi de plus de 26 ans :** Vous devez être inscrit auprès du Pôle Emploi de votre lieu d'habitation (ALE) et avoir une prescription de la part de votre conseiller pour suivre cette formation (bilan de compétence, travail sur projet professionnel, ...)
- \* **Pour les personnes percevant le RSA :** Vous devez avoir une prescription de la part de votre conseiller (PLIE) pour suivre cette formation (bilan de compétence, travail sur projet professionnel, ...)
- \* **Pour les personnes avec une RQTH :** Vous devez avoir une prescription de la part de votre conseiller (Cap Emploi) pour suivre cette formation (bilan de compétence, travail sur projet professionnel, ...)
- \* **SI VOUS ÊTES SALARIÉ :** renseignements à prendre auprès de votre employeur

Conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, il est prévu que les informations nominatives recueillies sur le présent formulaire revêtent un caractère obligatoire pour l'inscription aux Brevets d'Etat. Ces informations ne peuvent être communiquées qu'à l'administration centrale et aux services déconcentrés du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. Il existe un droit d'accès et de rectification qui s'exerce soit à l'administration centrale du ministère, soit auprès de ses services déconcentrés.