

DOSSIER DE CANDIDATURE
Formation BPJEPS - Activité de la Forme**ADMINISTRATION**Reçu le :
Accepté le :
Numéro de dossier :**PHOTO****1 PIÈCES A FOURNIR**

- Curriculum vitae actualisé avec photo* Réservé à l'ADMINISTRATION
- Lettre de motivation d'entrée en formation Réservé à l'ADMINISTRATION
- 2 photos d'identité récentes dont 1 collée ci-dessus Réservé à l'ADMINISTRATION
- Copie de la carte d'identité ou du passeport* Réservé à l'ADMINISTRATION
- Copie du diplôme le plus élevé obtenu* Réservé à l'ADMINISTRATION
- Copie des trois derniers bulletins scolaires Réservé à l'ADMINISTRATION
- Copie du/des diplôme(s) et attestation(s) obtenu(s) ouvrant droit à une ou des équivalences Réservé à l'ADMINISTRATION
- 10 timbres-poste tarif lettre prioritaire (vert) Réservé à l'ADMINISTRATION
- L'attestation de réussite de PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ou d'un titre équivalent (AFGSU, SST, PSE1, PSE2)* Réservé à l'ADMINISTRATION
- Un chèque de 75€ en cas de choix d'une mono-option ou un Chèque de 150€ en cas de choix de la bi-option, à l'ordre de BIOMEDAL* Réservé à l'ADMINISTRATION
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités de la forme datant de moins de 3 mois* Réservé à l'ADMINISTRATION
- Un extrait de casier judiciaire N°3 Réservé à l'ADMINISTRATION

* Documents à fournir si vous passez **UNIQUEMENT** les Tests d'Exigences Préalables (TEP), sans candidater pour la formation proposée par BIOMEDAL.

2 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Lieu de formation souhaité (par ordre de priorité) : <i>Cochez la (ou les) ville(s) souhaitée(s)</i> <i>En cas de choix multiples, indiquez l'ordre de priorité (1 ou 2)</i>	BESANÇON <input type="checkbox"/> (Priorité : __) <i>7 Rue Andrey, 25000 Besançon</i>	DIJON <input type="checkbox"/> (Priorité : __) <i>3 Allée des Bateaux Lavois, 21000 Dijon</i>

L'élève : Nom : _____ Prénom : _____

④ CURSUS SCOLAIRE

Niveau d'études : _____

Année	Diplôme obtenu	Etablissement

⑤ SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation professionnelle actuelle :

Expériences professionnelles principales :

⑥ SITUATION SPORTIVE

Précisez les titres, diplômes ou attestations obtenus en lien avec la pratique sportive :

Année	Diplôme obtenu	Etablissement

8 SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e) _____ souhaite candidater à la formation proposée par BIOMEDAL (*Cochez la case selon la formation souhaitée*)

- BPJEPS mention Activité de la Forme, mono-option « Haltérophilie et musculation »
- BPJEPS mention Activité de la Forme, mono-option « Cours collectifs »
- BPJEPS mention Activité de la Forme, bi-option « Haltérophilie et musculation » et « Cours collectifs »

Je certifie l'exactitude de toutes les informations indiquées dans ce dossier auquel je joins les pièces nécessaires à son étude.

Fait à _____, le _____

Signature du candidat

CADRE RÉSERVÉ À BIOMEDAL

Date des Tests d'Exigences Préalables (TEP) :

- ❶ Test Luc Léger : Numéro du dernier palier réalisé : ____ (minima : 7 pour les femmes et 9 pour les hommes)
- ❷ Démonstration technique de 60 minutes pour l'option « cours collectifs » : ____/20 (dispensé en cas de choix de l'option seule « haltérophilie et musculation »)
- ❸ Démonstration technique sur 3 mouvements de l'option « musculation et haltérophilie » :
 - Squat : Nombre de répétitions réalisé : ____ (minima : 5 pour les femmes et 6 pour les hommes)
 - Traction : Nombre de répétitions réalisé : ____ (minima : 1 pour les femmes et 6 pour les hommes)
 - Développé couché : Nombre de répétitions réalisé : ____ (minima : 4 pour les femmes et 6 pour les hommes)

Résultats des TEP : Validés Non validés

Date des Tests de Sélection de BIOMEDAL (TES) :

- ❶ Résultats du QCM : ____/20
- ❷ Oral : ____/20

Résultats généraux : Accepté Refusé



CERTIFICAT MÉDICAL
Entrée en BPJEPS Activités de la Forme

De non contre-indication à la pratique sportive et à l'encadrement des activités de la forme obligatoire et date de moins de 12 mois à l'entrée de la formation

A FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN

Je soussigné(e) Docteur : _____

Adresse du cabinet : _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ

M. Mme _____ Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de **non contre-indication médicale à la pratique et à l'encadrement des activités de la Forme.**

Observations éventuelles :

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet du médecin