

ADMINISTRATION

Reçu le : _____

Accepté le : _____

Numéro de dossier : _____

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE**BPJEPS MULTI APST - Multi Activités Physique ou Sportive pour TOUS****PIÈCES À FOURNIR**

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

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Lieu de formation souhaité (par ordre de priorité) :

 BESANÇON (Priorité : ____)
7 Rue Andrey, 25000 Besançon **DIJON** (Priorité : ____)
7 Rue de la Redoute, 21850 Saint-Apollinaire

Cochez la (ou les) ville(s) souhaitée(s). En cas de choix multiples, indiquez l'ordre de priorité (1 ou 2).

L'élève : Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____ CP : |_|_|_|_|_| Ville : _____

CURSUS SCOLAIRE

Niveau d'études : _____

Année	Diplôme(s) obtenu(s)	Établissement

SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation professionnelle actuelle :

Expériences professionnelles principales :

SITUATION SPORTIVE

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

Année	Diplôme(s) obtenu(s)	Établissement

Précisez les activités sportives pratiquées :

Activité(s) sportive(s) pratiquée(s)	Modalités de la pratique	Niveau en compétition
	<input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Compétition	<input type="checkbox"/> Interrégional ou inférieur <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> International
	<input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Compétition	<input type="checkbox"/> Interrégional ou inférieur <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> International
	<input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Compétition	<input type="checkbox"/> Interrégional ou inférieur <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> International

Précisez les éventuelles fonctions d'encadrement sportif exercées :

Année	Intitulé du poste occupé	Durée totale d'exercice du poste	Nom de la structure

PROJET PROFESSIONNEL

Décrivez votre projet professionnel :

S'il s'agit d'une reconversion professionnelle, donnez les raisons qui motivent votre réorientation :

SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e) _____ souhaite candidater à la formation proposée par BIOMEDAL, BPJEPS MULTI-APST.

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

RÉSULTATS DES TESTS D'ENTRÉE

TESTS D'EXIGENCES PRÉALABLES (TEP) : VALIDÉS NON VALIDÉS

Date des Tests d'Exigences Préalables (TEP) :

① **Test Luc Léger :**

Numéro du dernier palier réalisé : _____ (*minima : 6 pour les femmes, 8 pour les hommes*)

② **Test d'habilité motrice :** (enchaînement de 22 ateliers, dans un temps strictement inférieur (pénalités comprises) à 1min46 pour les hommes et 2min06 pour les femmes)

Note obtenue : _____/20

TESTS DE SÉLECTION (TES) : ACCEPTÉ REFUSÉ

Date des Tests de Sélection (TES) :

① **Questionnaire à Choix Multiples (QCM) :**

Note obtenue : _____/20

② **Oral :**

Note obtenue : _____/20

CERTIFICAT MÉDICAL

ENTRÉE EN BPJEPS MULTI-APST

De non contre-indication à la pratique sportive et à l'encadrement des activités physiques et sportives pour tous obligatoire et date de moins de 12 mois à l'entrée de la formation.

À 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 Physiques et Sportives pour Tous.**

Observations éventuelles :

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin