

ADMINISTRATION

Reçu le : _____

Accepté le : _____

Numéro de dossier : _____

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE**BPJEPS MAPS****PIÈCES À FOURNIR**

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

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Parrainage : merci d'indiquer le nom et prénom du parrain : _____

Lieu de formation souhaité (par ordre de priorité) :

*Cochez la (ou les) ville(s) souhaitée(s)**En cas de choix multiples, indiquez l'ordre de priorité (1 ou 2)***BESANÇON**☐ (Priorité : __)*7 Rue Andrey,
25000 Besançon***DIJON**☐ (Priorité : __)*7 rue de la Redoute,
21850 Saint-Apollinaire*

Le candidat : Nom : _____ Prénom : _____

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

Adresse : _____ CP : |_|_|_|_|_| Ville : _____
Téléphone : _____ E-mail (obligatoire) : _____
Numéro de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (15 chiffres)
Inscrit à Pôle-Emploi : ☐ Oui ☐ Non N°ID : _____ Indemnisation : ☐ Oui ☐ Non
Le parent responsable : Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ CP : |_|_|_|_|_| Ville : _____
Téléphone : _____ E-mail (obligatoire) : _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Comment avez-vous connu notre centre de formation ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Salon (Studyrama / Etudiant) |
| <input type="checkbox"/> Affichage | <input type="checkbox"/> Presse. Laquelle ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ancien élève | <input type="checkbox"/> Relation (famille, amis) |
| <input type="checkbox"/> Centre d'information / Orientation | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez ? _____ |

Possédez-vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Permis B | <input type="checkbox"/> Véhicule personnel |
| <input type="checkbox"/> Ordinateur portable (<i>obligatoire pour l'entrée en formation</i>) | <input type="checkbox"/> Connexion à Internet |

Êtes-vous ?

- ☐ Personne reconnue Travailleur Handicapé (TH)

Si oui, avez-vous un conseiller Cap Emploi ?

- ☐ Non ☐ Oui

Précisez le nom, le numéro de téléphone et/ou l'e-mail de votre conseiller Cap Emploi :

- ☐ Demandeur d'emploi

Si oui,

1 - Avez-vous un conseiller France Travail :

- ☐ Non ☐ Oui

Précisez le nom, le numéro de téléphone et/ou l'e-mail de votre conseiller France Travail :

2 - Date d'inscription : /____ /____ /____/

3 - Numéro d'inscription France Travail : _____

4 - Perception de l'Aide au Retour à l'Emploi (allocations chômage) :

- ☐ Non ☐ Oui

Si oui, jusqu'à quelle date : _____



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 MAPS.

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 MAPS**

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