

ADMINISTRATION

Reçu le : _____

Accepté le : _____

Numéro de dossier : _____

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE**BPJEPS AF - ACTIVITÉS DE LA FORME****PIÈCES À FOURNIR**

- | | |
|---|---|
| ☐ Un curriculum vitæ actualisé avec photo* | ☐ L'attestation de réussite de PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ou d'un titre équivalent (AFGSU, SST, PSE1, PSE2)* |
| ☐ Une lettre de motivation d'entrée en formation | ☐ 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* |
| ☐ 2 photos d'identité récentes, dont une collée ci-dessus | ☐ 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* |
| ☐ Une copie de la carte d'identité ou du passeport* | ☐ Un extrait de casier judiciaire N°3 |
| ☐ Une copie du diplôme le plus élevé obtenu* | ☐ 10 timbres-poste tarif lettre prioritaire (vert) |
| ☐ 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 | |

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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFSLieu 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 : _____

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

E-mail de l'étudiant (*obligatoire*) : _____

[illegible]

Le parent responsable : Nom : _____ Prénom : _____

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

Téléphone mobile : _____ Téléphone fixe : _____

E-mail (*obligatoire*) : _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Comment avez-vous connu notre centre de formation ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Internet | ☐ Salon (Studyrama / Etudiant) |
| ☐ Affichage | ☐ Presse. Laquelle ? _____ |
| ☐ Ancien élève | ☐ Relation (famille, amis) |
| ☐ Centre d'information / Orientation | ☐ Autre. Précisez ? _____ |

Possédez-vous ?

- ☐ Permis B ☐ Véhicule personnel
- ☐ Ordinateur portable (*obligatoire pour l'entrée en formation*) ☐ 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
	☐ Loisir ☐ Compétition	☐ Interrégional ou inférieur ☐ National ☐ International
	☐ Loisir ☐ Compétition	☐ Interrégional ou inférieur ☐ National ☐ International
	☐ Loisir ☐ Compétition	☐ Interrégional ou inférieur ☐ National ☐ 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 (*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



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 : 7 pour les femmes, 9 pour les hommes*)

② Démonstration technique pour l'option « Cours Collectifs » : (*durée : 60 minutes*)

Note obtenue : _____/20 (*dispensé en cas de choix de l'option seule « Haltérophilie, Musculation »*)

③ Démonstration technique pour l'option « Haltérophilie, Musculation » : (*démonstration technique sur 3 mouvements de l'option*) (*dispensé en cas de choix de l'option seule « Cours Collectifs »*)

Squat : Nombre de répétitions réalisé : _____ (*minima : 5 pour les femmes, 6 pour les hommes*)

Traction : Nombre de répétitions réalisé : _____ (*minima : 1 pour les femmes, 6 pour les hommes*)

Développé couché : Nombre de répétitions réalisé : _____ (*minima : 4 pour les femmes, 6 pour les hommes*)

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 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.

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 de la Forme.**

Observations éventuelles :

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin