MUC formation

ANIM SPORT formation

CENTRE DE FORMATION AUX METIERS DU SPORT, DE L'ANIMATION ET DU SECOURISME

DOSSIER D'INSCRIPTION

BPJEPS Activités Physiques pour Tous

MONTPELLIER

Démarrage 14 janvier 2019

MONTPELLIER UNIVERSITE CLUB OMNISPORTS – DEPARTEMENT FORMATION
COMPLEXE SPORTIF ALBERT BATTEUX – 150 RUE FRANCOIS JOSEPH GOSSEC – 34070 MONTPELLIER
TEL. : 04 99 58 80 41 – FAX : 04 99 58 35 39 – secretariat@mucformation.fr – www.mucformation.fr
Association loi 1901 – SIRET 388 208 571 000 25 – CODE APE 93127 – AGREMENT JS 12713 DU 26/02/1953 – AGREMENT PREFECTURE W343007276 DU 19/09/1921

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DOSSIER

- ☐ Le dossier d'inscription complet et dûment renseigné ☐
- ☐ 1 CV et une lettre de motivation ☐
- ☐ 1 photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport **en cours de validité** ☐
- ☐ Date de validité de votre pièce d'identité : . . . . . ☐
- ☐ 1 photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale mentionnant les droits actuels **en cours de validité à la date d'entrée en formation** : . . . . . ☐
- ☐ 1 photo d'identité ☐
- ☐ 1 enveloppe format A4 affranchie à 3,30€ libellée à vos nom et adresse. ☐
- ☐ 2 enveloppes affranchies au tarif en vigueur (20 g) libellées à vos nom et adresse ☐
- ☐ 1 unique timbre vignette à 7,08 € ☐
- ☐ 1 imprimé recommandé avec avis de réception non collé libellé comme suit : ☐
  zone destinataire : vos nom et adresse
  zone expéditeur : DRJSCS de Montpellier Pôle FCE - 3 avenue Charles Flahault, 34094 MONTPELLIER cedex 5
- ☐ 1 copie du certificat individuel de participation à la Journée d'appel de Préparation à la Défense (candidats ayant entre 18 et 25 ans) ou 1 copie de l'attestation de recensement (seulement pour les candidats ayant moins de 18 ans, n'ayant pas fait la JAPD) ☐
- ☐ 1 chèque de 40 € pour les frais de dossier, libellé à l'ordre du MUC Omnisports ☐
- ☐ 1 certificat médical (voir document à la fin du dossier) de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement du BPJEPS Activités Physiques pour Tous, **daté de moins de 1 an à la date d'entrée en formation** ☐
- ☐ Date du/des certificats médicaux : . . . . . ☐
- ☐ 1 photocopie de votre PSC1 ou équivalent en cours de validité ☐
- ☐ 1 attestation d'assurance en responsabilité civile privée en cours de validité : . . . . . ☐
- ☐ 1 copie de vos diplômes ☐

ETAT CIVIL

NOM : . . . . . .

Nom de jeune fille : . . . . . .

Prénom : . . . . . .

Sexe : F ☐ M ☐

Date de naissance : . . . . . .

Lieu de naissance : . . . . . Département de naissance : . . . . . .

Nationalité : . . . . . .

N° Sécurité Sociale : . . . . . .clé . . . . . .

N° INE (figurant sur vos convocations aux examens) : . . . . . .

Adresse : . . . . . .

. . . . . .

Commune : . . . . . Code postal : . . . . . .

Téléphone : . . . . . Portable : . . . . . .

E-mail : . . . . . @ . . . . . .

Inscrit à Pôle Emploi : Oui ☐ Non ☐ Date d'inscription : . . . . . .

Durée du chômage : . . . . . Bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Organisme chargé de votre rémunération : . . . . . .

Prescripteur : . . . . . .

Travailleur handicapé : Oui ☐ Non ☐

Désire m'inscrire à la formation conduite par le MUC Formation pour l'accès au diplôme : . . . . .

. . . . . .

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

Fait à . . . . . Le . . . . . .

Signature

VOTRE SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI

SALARIE

Vous bénéficiez d'un congé individuel de formation (CIF)

Vous bénéficiez d'une prise en charge par l'OPCA de votre employeur

NON SALARIE

DEMANDEUR D'EMPLOI

Inscrit à Pôle emploi (26 ans et plus) : Oui ☐ Non ☐ Depuis le : . . . . . .

Inscrit à la Mission locale (moins de 26 ans) : Oui ☐ Non ☐ Depuis le : . . . . . .

Si Oui, coordonnées de votre référent : . . . . . .

AUTRE SITUATION (sociale, étudiant, sans activité, bénévole...) : . . . . . .

FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Vous êtes salarié : Contactez votre employeur
Financement possible directement par l'organisme qui collecte les cotisations à la Formation professionnelle de votre employeur (OPCA).

Vous avez moins de 26 ans : Emploi d'avenir ou Contrat aidé en période de professionnalisation.

Vous avez plus de 26 ans : Contrat de professionnalisation ou Contrat aidé de professionnalisation (vous devez trouver un employeur).

EMPLOYEUR OU LIEU DE STAGE ENVISAGE **Obligatoirement déclaré à la DDCS**

Dénomination : . . . . . .
Adresse complète : . . . . . .
. . . . . .
Tél. : . . . . . Email : . . . . . @ . . . . . .

MAITRE DE STAGE OU TUTEUR ENVISAGE

Nom : . . . . . Prénom : . . . . . .
Diplôme et qualification : . . . . . Tél. : . . . .
. . . . . Email : . . . . . .@ . . . . . .

ASSURANCE ET PROTECTION SOCIALE

Les stagiaires du MUC Formation sont automatiquement couverts les jours de formation par l'assurance de l'établissement au titre de la responsabilité civile. **Cela ne vous dispense pas d'avoir votre assurance personnelle**.

La couverture assurance maladie est indispensable. Si vous n'êtes pas couvert, contactez votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

PARCOURS DE FORMATION

Autre stage de formation : . . . . . .

Avez-vous déjà effectué un stage de formation rémunéré ? Oui ☐ Non ☐

Si Oui, la formation a été rémunérée par : AFPA ☐ ASSEDIC/PÔLE EMPLOI ☐
CNASEA/ASP ☐ Autre : . . . . . .

Intitulé de la formation : . . . . . .

Centre formation : . . . . . .

Dates de la formation : du . . . . . au . . . . . .

SITUATION PROFESSIONNELLE

Salarié

Nom de l'employeur : . . . . . .

Adresse de l'employeur : . . . . . .

. . . . . .

Code postal : . . . . . Ville : . . . . . .

Tél. : . . . . . Fax : . . . . . E-mail : . . . . . .

Personne à contacter : . . . . . .

Type de contrat : CDI ☐ CDD ☐ Emploi d'avenir ☐ CUI-CAE ☐ CUI-CIE ☐
Autre : . . . . . .

Prise en charge par l'OPCA de votre employeur : Oui ☐ Non ☐

CIF (Congé individuel de Formation) : Oui ☐ Non ☐

Inscrit comme demandeur d'emploi

Nom de l'agence Pôle emploi : . . . . . .

Nom du conseiller Pôle emploi : . . . . . .

N° identifiant : . . . . . . Date d'inscription : . . . . . DELD

Indemnisation Pole emploi : Oui ☐ Non ☐ Si oui date de fin d'indemnisation : . . . . . .

Dernier emploi occupé : . . . . . Date de fin dernier emploi : . . . . . .

Bénéficiaire du RSA : Oui ☐ Non ☐

Inscrit à la Mission locale

Mission locale de : . . . . . .

Nom du Conseiller : . . . . . .

Date d'inscription : . . . . . .

Avez-vous déjà rempli un Contrat d'Accès à la Qualification : Oui ☐ Non ☐
(si Non, le demander auprès de votre conseiller Mission locale)

Autres (Cap Emploi, Conseil Général, ...)

Nom de l'organisme : . . . . . .

Nom du conseiller : . . . . . .

Date d'inscription : . . . . . .

Statut : . . . . . .

VOS RECHERCHES DE STAGE

☐ **Vous effectuez le stage au sein de votre entreprise**
☐ **Vous effectuez le stage dans une autre association ou entreprise**

NOM de la Structure : . . . . . .

Responsable (Président, Directeur...) : . . . . . .

Adresse : . . . . . .

Tél. : . . . . . Mail : . . . . . .

Tuteur : . . . . . .

Diplômes du tuteur : . . . . . .

FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Nous vous invitons à rechercher un employeur dès aujourd'hui pour assurer le financement de votre formation et de votre rémunération.

Dans tous les cas le MUC vous accompagne dans vos recherches :

Marie PEYRACHE, Conseiller Emploi/Formation : marie.peyrache@mucformation.fr

ASSURANCE ET PROTECTION SOCIALE

Les stagiaires du MUC Formation sont automatiquement couverts les jours de formation par l'assurance de l'établissement au titre de la responsabilité civile. Ceci ne vous dispense pas de votre assurance personnelle.

La couverture assurance maladie est indispensable. Si vous n'êtes pas couvert, contactez votre Caisse primaire d'assurance maladie.

Toutes les informations demandées sont indispensables au traitement de votre dossier.
Merci de compléter toutes les rubriques en fonction de votre situation.
Toute information manquante retardera le traitement de votre dossier.

DOSSIER COMPLET À ENVOYER À

MUC OMNISPORTS

DEPARTEMENT FORMATION

COMPLEXE SPORTIF ALBERT BATTEUX

150 RUE FRANCOIS JOSEPH GOSSEC

34070 MONTPELLIER

QUESTIONNAIRE

Pour les non-bénéficiaires du RSA

Etes-vous bénéficiaire d'un autre minima social (exemple : allocation spécifique de solidarité, allocation temporaire d'attente, allocation adulte handicapé...)

☐ Oui
☐ Non

Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ?

☐ Fin de scolarité en école primaire
☐ Fin de scolarité au collège sans obtention du Brevet des Collèges ou équivalent
☐ Brevet des Collèges, CAP, BEP, seconde professionnelle ou équivalent
☐ Baccalauréat général ou technologique, bassalauréat professionnel, Brevet professionel (BP) ou équivalent
☐ Diplôme accès aux études universitaires (DAEU), Capacité en Droit, Brevet de compagnon, Brevet de maîtrise ou équivalent
☐ Diplôme universitaire (DEUG, Licence, Master, DEA, DESS, DUT), Brevet de technicien supérieur (BTS), Classe préparatoire aux Grandes Ecoles, Diplôme d'une Grande Ecole, Diplôme des professions sociales ou de la santé, Diplôme d'infimier(ère), Diplôme d'ingénieur ou de commerce ou équivalent
☐ Doctorat ou équivalent

Code postal du lieu de naissance (code 99999 pour l'étranger) :

Un de vos deux parents est-il né à l'étranger ?

☐ Oui
☐ Non
Ne souhaite pas répondre/Ne sait pas

Vivez-vous dans un ménage où personne n'est en emploi ?

☐ Oui si oui, y-a-t'il des enfants à charge dans ce ménage ? Oui ☐ Non ☐
☐ Non

Vivez-vous dans une famille monoparentale avec des enfants à charge ?

☐ Oui
☐ Non

Etes-vous sans domicile fixe ou confronté à l'exclusion de votre logement ?

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne souhaite pas répondre/Ne sait pas

Je soussigné(e), ... (prénom/nom), déclare sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées dans ce document.

Date . . . . . Signature

Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport Spécialité :
Educateur Sportif . . . . . .

Mention : Activités Physiques pour Tous. . . . . .

CERTIFICAT MEDICAL

Pour être valable, ce certificat doit être délivré moins de 1 an avant la date d'entrée en formation.

Je soussigné(e) . . . . . ., Docteur en médecine, certifie avoir examiné

en date du . . . . . .

Mme, M. . . . . ,

Né(e) le . . . . . .

Et avoir constaté qu'il(elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités . . . . . .
. . . . . .

Observations

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Signature et cachet du Médecin

ANNEXE 3.1
DEMANDE DE VALIDATION D'INSCRIPTION

(à transmettre par l'organisme de formation à la DRJSCS au plus tard le premier jour de la session)

☐ Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
☐ Diplôme d'état de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
☐ Diplôme d'état supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
☐ Certificat complémentaire

Spécialité : ……..
Mention : ……

Organisme de Formation : ……

Numéro d'habilitation : ……
Formation du …… au ……..

RAPPEL :
Conformément à l'Art. R. 212-10-13.du Code du Sport, l'organisme de formation s'engage à procéder à l'inscription auprès de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale des personnes entrant en formation après vérification des conditions d'inscription fixées dans le règlement du diplôme ou du certificat complémentaire

CANDIDAT

ETAT CIVIL

NOM : (Nom de naissance) …… **PRÉNOM** ……
Nom d'Usage ou d'épouse : ……

Nationalité : …… **Sexe** ……

Date de naissance : …… **Lieu de naissance :** …… **Département :** ……

COORDONNEES

Adresse du candidat

……
CP : …… Ville : ……
☎ : ……
Adresse mail : ……@…… …… **(Obligatoire)**

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à ……, le …… **Signature du candidat**

Sauf opposition expresse de votre part, en cas de réussite à l'examen, votre nom figurera dans la liste des candidats admis qui sera publiée sur le site internet de la DRJSCS : http://languedoc-roussillon-midi-pyrenees.drjscs.gouv.fr