

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur Tir à l'Arc  
(CQP)

**Démarrage 28 Novembre 2018**

---

**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@muformation.fr](mailto:secretariat@muformation.fr) – [www.muformation.fr](http://www.muformation.fr) Association loi 1901 – SIRET  
388 208 571 000 25 – CODE APE 9312Z – 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**
- 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 30 € 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 CQP A.T.A, **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 individuelle **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

**CONSULTER LE TABLEAU EN FIN DE DOSSIER**

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@muformation.fr](mailto:marie.peyrache@muformation.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**

# Certificat de Qualification Professionnelle Animateur Tir à l'Arc (CQP)

## 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 de  
tir à l'arc. ....

Observations

.....  
.....  
.....

Signature et cachet du Médecin