



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## BPJEPS ACTIVITES AQUATIQUES ET DE LA NATATION

Démarrage le 20 septembre 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@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



Datadock



# DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DOSSIER

- Le dossier d'inscription complet et dûment renseigné
- L'annexe 3.1 dûment remplie (encadrement du bas uniquement)
- 1 CV et une lettre de motivation
- 2 photocopies 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 unique à 7,08 €
- 1 imprimé recommandé avec avis de réception non collé **libellé comme suit :** 
  - zone destinataire :** votre 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 50 € 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 concerné, **daté de moins de 3 mois à la date des épreuves et d'entrée en formation.**
- Date du/des certificats médicaux : .....
- 1 copie de votre PSE1 **en cours de validité.**
- 1 copie de votre BNSSA **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@mucformation.fr](mailto: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**



Datadock



# 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, baccalauréat professionnel, Brevet professionnel (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'infirmier(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



## CERTIFICAT MEDICAL - BPJEPS AAN

### CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A L'EXERCICE DES ACTIVITES PRATIQUEES AU COURS DE LA FORMATION ET A L'ACCOMPLISSEMENT DU OU DES TESTS PREALABLES A L'ENTREE EN FORMATION POUR CEUX QUI Y SONT SOUMIS

Je soussigné(e), ....., docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance du contenu des test ainsi que des activités pratiquées au cours de la formation préparatoire au brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité «activités aquatiques» ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné, M./Mme ....., candidat(e) à ce brevet, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente :

- à l'accomplissement du ou des tests préalables à l'entrée en formation (si il/elle y est soumis(e))
- et à l'exercice de ces activités.

J'atteste en particulier que M./Mme ..... présente une faculté d'élocution et une acuité auditive normales ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

- sans correction : une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque oeil, mesurées séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/10 pour chaque oeil. Soit au moins 3/10 + 1/10 ou 2/10 + 2/10.

Cas particulier : dans le cas d'un oeil amblyope, le critère exigé est 4/10 + inférieur à 1/10.

- avec correction :

- soit une correction amenant une acuité visuelle de 10/10 pour un oeil quelle que soit la vleur de l'autre oeil corrigé (supérieur à 1/10) ;
- soit une correction amenant une acuité visuelle de 10/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque oeil corrigé, avec un oeil corrigé au moins à 8/10.

Cas particulier : dans le cas d'un oeil amblyope, le critère exigé est 10/10 pour l'autre oeil corrigé.

La vision nulle à un oeil constitue une contre-indication

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit

Fait à.....

Signature

Le .....

**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/>

<b>PUBLIC</b>	<b>AGE</b>	<b>DISPOSITIF</b>	<b>CRITERES</b>	<b>ORGANISMES</b>	<b>AIDES POSSIBLES</b>
<b>Vous recherchez un employeur</b>	Tous âges (être inscrit à Pôle Emploi pour les plus de 26 ans)	Contrat de professionnalisation	Contrat de travail (CDD de 6 à 12 mois ou CDI)	Etat, OPCA	- Rémunération variable en fonction de votre âge. - Prise en charge des frais pédagogiques - Exonération des charges patronales
	Moins de 25 ans (30 ans pour les RQTH)	Emploi d'avenir	Priorité aux jeunes domiciliés en ZUS ou ZRR (depuis minimum 1 an)	- Mission locale - CAP Emploi	- Frais pédagogiques - Prise en charge d'une partie du salaire (75 % pour le secteur marchand, 35 % pour le secteur non marchand)
	Tous âges	Période de professionnalisation	CDD ou CDI, CDD ou Cdi en CUI (CAE pour le secteur non marchand, CIE pour le secteur marchand)	OPCA	- Frais pédagogiques - Rémunération
<b>Vous êtes demandeur d'emploi</b>	Moins de 26 ans	Aides du Conseil Général	Etre éligible et demander à bénéficier d'une prescription	Mission locale	- Frais pédagogiques - Rémunération
	Plus de 26 ans			Pôle Emploi	150 heures maximum (selon le nombre d'heures cotisées)
	Bénéficiaire de la RQTH			- CAP Emploi - AGEFIPH	- Frais pédagogiques - Salarié reversé
	Tous âges	CPF	Selon la durée de travail effectuée	Pôle emploi	150 heures maximum, prise en charge du salaire
<b>Vous êtes salarié</b>	Tous âges	- CIF CDD - CIF CDI	- Salariat de 4 mois minimum sur les 12 derniers mois - Salariat de 24 mois minimum sur les 5 dernières années	OPCA	Varie selon les structures
		CPF	Selon la durée du travail effectué		
		Plans formation	Sur accord de l'employeur	- OPCA - Entreprise	