



DOSSIER D'INSCRIPTION

EDUCATEUR SPORTIF D'ACTIVITES TOURISTIQUES ET DE LOISIRS

Démarrage juin 2019

FORMATION BIQUALIFIANTE BPJEPS APT – TITRE AATL

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 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.
- 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 APT & Titre AATL, **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@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

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/>

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



Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
Spécialisé : Educateur Sportif.....
Mention : Activités Physiques pour Tous.....
&
Titre Professionnel Animateur d'Activités Touristiques et de Loisirs

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 du
BPJEPS APT et du Titre Professionnel AATL.....

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

PUBLIC	AGE	DISPOSITIF	CRITERES	ORGANISMES	AIDES POSSIBLES
Vous recherchez un employeur	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	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	PEC CDI Période pro A	Priorité aux jeunes domiciliés en ZUS ou ZRR (depuis minimum 1 an)	<ul style="list-style-type: none"> - Mission locale - CAP Emploi 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Frais pédagogiques - Rémunération
Vous êtes demandeur d'emploi	Moins de 26 ans	PROGRAMME REGIONAL DE FORMATION	Etre éligible et demander à bénéficier d'une prescription	Mission locale	<ul style="list-style-type: none"> - Frais pédagogiques - Maintien des indemnités - Rémunération ASP si non indemnisé par pole emploi ou si bénéficiaire du RSA
	Plus de 26 ans			Pôle Emploi	
	Bénéficiaire de la RQTH	Conseil Régional OCCITANIE		<ul style="list-style-type: none"> - CAP Emploi - AGEFIPH 	
	Tous âges	CPF	Selon la durée de travail effectuée	Pôle emploi	150 heures maximum, prise en charge du salaire
Vous êtes salarié	Tous âges	<ul style="list-style-type: none"> - CIF CDD - CIF CDI 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - OPCA - Entreprise 	