

Photo

CQP « Certificat de Qualification Professionnelle »

ALS « animateur de loisir sportif »

Option AGEE : « Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression »

Dossier d'inscription à retourner à la Ligue de l'enseignement Aude avant le 21 septembre 2020

Je soussigné(e) NOM PRENOM : sollicite mon inscription à la formation du **CQP** « Certificat de Qualification Professionnelle » : **ALS** « animateur de loisir sportif » : **option AGEE** certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à :, le

Signature du candidat

FICHE IDENTITAIRE

NOM : **NOM de jeune fille** :

Prénom :

Date de naissance : Tel. Fixe :

Tel. Portable : Email :

Adresse :Code postale.....ville.....

STRUCTURE D'ACCUEIL

Avez-vous trouvé la structure d'accueil qui vous accueillera pour effectuer votre stage en alternance (50h) ?

oui non

Si oui : Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Mail : Nom du représentant de la structure :

Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ? oui non

Si oui : Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Mail : Diplôme du tuteur :

22 Rue Antoine Marty BP 21065 - 11870 CARCASSONNE CEDEX

Tél : 04 68 11 43 09 - Port : 06 78 79 93 51 - Mail : ufolep@ligue11.org

**DOCUMENTS A FOURNIR PAR LE CANDIDAT
 A L'UFOLEP AUDE**

<input type="checkbox"/>	Première page dûment complétée (photo identité collée)
<input type="checkbox"/>	Un certificat médical de non contre-indication à <u>la pratique et à l'enseignement des activités physiques et sportives</u> datant de moins d'un an sur modèle ci-joint
<input type="checkbox"/>	La photocopie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité. (recto/verso)
<input type="checkbox"/>	La fiche d'identité stagiaire dûment remplie.
<input type="checkbox"/>	Chèque de 50 € droit d'inscription à l'ordre de l'UFOLEP Aude
<input type="checkbox"/>	L'attestation de prise en charge financière dûment complétée ou le règlement du coût de la formation.
<input type="checkbox"/>	Photocopie du diplôme de secourisme (AFPS, PSC1 ...) si vous l'avez obtenu sinon à passer avant le.....
<input type="checkbox"/>	Attestation de Pratique d'activités sportives par une des associations supports du diplôme : 140 h de pratique ou copie du BF animateur UFOLEP
<input type="checkbox"/>	Photocopie des diplômes d'Etat, des diplômes fédéraux dans le champ sportif et des diplômes dans le champ de l'animation s'il y a lieu.

22 Rue Antoine Marty BP 21065 - 11870 CARCASSONNE CEDEX

Tél : 04 68 11 43 09 - Port : 06 78 79 93 51 - Mail : ufolep@ligue11.org

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

PAR L'EMPLOYEUR, LE CLUB, L'ASSOCIATION OU AUTRE ORGANISME

Je soussigné(e) (nom, prénom) :

Qualité :

Représentant la structure :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Courriel :

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation engagée par (nom, prénom du (de la) candidat(e) :

Ces frais devront être facturés à (nom et adresse) :
.....
.....
.....

Fait à :

Fait à :

Le :

Le :

Signature du (de la) responsable,

Signature du (de la) candidat(e)

Cachet de la structure ou de l'entreprise

CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)

ATTESTATION DE PRATIQUEⁱ

L'ENTREE EN FORMATION CQP ALS NECESSITE AU PREALABLE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE D'UNE DUREE

M ou Mme :

Fonction dans l'association :

Atteste que M. ou Mme

Candidat(e) à la formation CQP ALS a réalisé 140 heures d'activité physique et sportive au cours des trois dernières années, ci-dessous mentionnée :

MINIMALE DE **140 HEURES** DURANT LES **3 DERNIERES ANNEES**, DANS **UNE MEME FAMILLE D'ACTIVITES** (AGEE, ARPO, JSJO).

NATURE DE LA PRATIQUE	TEMPS DE PRATIQUE (EN HEURES)	PÉRIODE (DÉBUT ET FIN)

Date et signature du/de la responsable de la structure :

Nom et signature du / de la candidat(e) :

Merci de bien vouloir joindre toutes photocopies de documents attestant de votre pratique sportive (licence, justificatif) de votre responsable, entraîneur, éducateur ou animateur.

22 Rue Antoine Marty BP 21065 - 11870 CARCASSONNE CEDEX

Tél : 04 68 11 43 09 - Port : 06 78 79 93 51 - Mail : ufolep@ligue11.org

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné(e) : Docteur(e) en :

- Médecine générale, Médecine du sport, Autre spécialité

..... Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme (rayer la mention inutile) :

..... Demeurant :

Et n'avoir relevé aucune signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

A LA PRATIQUE SPORTIVE ET A L'ENCADREMENT ET A L'ANIMATION DE LOISIR SPORTIF

- Sans restriction, A l'exception de la (des) discipline(s) :

.....

Fait à :, Le/...../..... Signature et

Cachet du Médecin

Informations au médecin signataire

L'article L. 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédération doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance du certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.

EXPOSE DES MOTIVATIONS

En vous appuyant sur votre expérience, vous rédigerez, de votre main, un texte qui mettra en valeur les objectifs (à moyen et long terme) que vous désirez atteindre en vous engageant dans cette formation. Vous devrez vous appuyer sur les aspects suivants : expérience personnelle, projet professionnel...

-