

DOSSIER D'INSCRIPTION

CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

INSTRUCTEUR FITNESS

OPTION(S) CHOISIE(S)

- Musculation & Personal Training
- Cours Collectifs
- Double option

TESTS TECHNIQUES

Date :

L'inscription sera validée après la réussite des tests techniques.

IDENTITÉ

Madame Monsieur

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénoms : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____

Age : _____

Département de naissance : _____

Pays : _____

N° de sécurité sociale : _____

Régime social : CPAM MSA

Situation familiale : _____

Nombre d'enfants : _____

Adresse personnelle : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

N° de téléphone : _____

E-mail: _____

Permis de conduire : OUI NON

Véhicule à disposition : OUI NON

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Etes-vous en situation de handicap ? OUI NON

Si oui, veuillez prendre contact avec Mme Adèle LABONNE référente handicap > Tél. : 05 53 36 21 36

@ : adele.labonne@cneap.fr

coller une photo

SCOLARITÉ - DIPLOMES

Diplômes scolaires et universitaires

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme | <input type="checkbox"/> B.E.P.C | <input type="checkbox"/> CAP | <input type="checkbox"/> BEP | <input type="checkbox"/> BAC |
| <input type="checkbox"/> DUT | <input type="checkbox"/> DEUG | <input type="checkbox"/> Licence | <input type="checkbox"/> Maîtrise | <input type="checkbox"/> Master |

Préciser la spécialité : _____

Préciser le nom de l'établissement et son département : _____

Si pas de diplôme, quel niveau d'études possédez-vous ? _____

Qualifications obtenues dans le domaine de l'encadrement des activités socio-culturelles et des activités physiques et sportives

- BAFA BAFD BASE BAPAAT BEATEP

BPJEPS : spécialité _____

BEES : 1er degré 2ème degré spécialité : _____

CQP : spécialité _____

Autres (préciser) : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE AU DÉMARRAGE DE LA FORMATION

- Salarié(e) :
- CDI, domaine : _____
 - CDD, domaine : _____

Travailleur indépendant

Inscrit au France-Travail - N° : _____ depuis le : _____

Percevez-vous une allocation : ARE Autre : _____

Êtes-vous suivi(e) par une Mission Locale ? OUI NON

Si oui, nom de votre conseiller : _____ de la Mission Locale de : _____

Étudiant(e) - Dernière classe suivie : _____

Autre, à préciser : _____

SPORT(S) PRATIQUÉ(S)

Préciser la discipline, la fréquence et le niveau pratiqué (loisir / régulier / compétition) :

Comment avez-vous connu le Centre de Formation L'OUSTAL ?

COÛT ET FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de la formation est de :

- 2 options** : cours collectifs (A) **ET** musculation, personal training (B) 5 500 €
1 option : cours collectifs (A) **OU** musculation, personal training (B) 3 312.50 €

Par quelle(s) option(s) êtes-vous intéressé ?

- option A option B options A et B

Prise en charge de la formation :

- Contrat de professionnalisation ou d'apprentissage. Précisez : _____
 Club, Fédération, Association. Précisez : _____
 France-Travail, CPF, Conseil Régional, Mission Locale. Précisez : _____
 Employeur, OPCO (AFDAS, Transition Pro...). Précisez : _____
 Autofinancement (*un plan de financement est proposé et étalé sur l'année de formation*)

STRUCTURE D'ACCUEIL

La formation CQP IF nécessite d'avoir une structure (association, entreprise) pour le stage pratique :

Coordonnées de la structure d'accueil pour la période de formation en entreprise :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom et fonction du responsable de la structure :

Nom et qualification du tuteur

Nom du tuteur : _____

Coordonnées téléphoniques : _____

Diplôme d'état : _____

CALENDRIER

Clôture des inscriptions (cachet de la poste faisant foi) : **vendredi 30 août 2024**

Tests de sélection : **jeudi 05 septembre 2024**

Positionnement : **vendredi 06 septembre 2024**

Date d'entrée en formation : **vendredi 13 septembre 2024**

Date de sortie de formation : **vendredi 28 février 2025**

Certifications et rattrapage : **mars 2025**

L'OUSTAL - FORMATIONS MÉTIERS DU SPORT
253 rue Paul Sabatier 47300 VILLENEUVE-SUR-LOT

Pour toutes informations, contacter :

Xavier AUGÉY : 05 53 36 21 36 ; xavier.augey@cneap.fr

Aline BERNET : formationcontinue.oustal@cneap.fr

Site : www.lycee-oustal.fr

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Veuillez cocher les éléments que vous joignez à ce dossier		réservé au centre
<input type="checkbox"/>	1 photo d'identité à coller sur la 1ère page	
<input type="checkbox"/>	Photocopie de la carte d'identité recto/verso, passeport ou titre de séjour en cours de validité	
<input type="checkbox"/>	Certificat médical de non contre indication à la pratique et l'enseignement des activités en Cours Collectifs et en Musculation Personal Training datant de moins de 6 mois avant la date d'entrée en formation (<i>modèle en page 5</i>)	
<input type="checkbox"/>	1 photocopie de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS, PSC1)	
<input type="checkbox"/>	Photocopie du ou des diplômes obtenus	
<input type="checkbox"/>	Curriculum Vitae détaillé et à jour	
<input type="checkbox"/>	Lettre détaillant votre projet de formation	
<input type="checkbox"/>	Extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire national de moins de 3 mois à la date de dépôt de la demande	
<input type="checkbox"/>	Frais de sélection et de dossier (règlement par chèque à l'ordre de AFG L'Oustal ou espèces) : <input type="checkbox"/> 2 options : 55 € <input type="checkbox"/> 1 option : 30 €	
Pour les candidats salariés ayant un financement employeur, documents supplémentaires à fournir		
<input type="checkbox"/>	Photocopie du (ou des) contrat(s) de travail	
<input type="checkbox"/>	Attestation de l'employeur pour la prise en charge financière de la formation OU copie de la décision d'acceptation d'un projet de transition professionnelle (PTP)	
Autre(s) document(s) fourni(s)		
<input type="checkbox"/>	Autorisation des parents, si le candidat est mineur au moment d'engager la formation	
<input type="checkbox"/>	Photocopie de la Reconnaissance de Travailleur Handicapé délivrée par la Commission pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)	

SIGNATURE DU CANDIDAT

Je soussigné(e), _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis concernant ma situation personnelle et professionnelle et confirme ma candidature.

Les informations recueillies vous concernant ne seront utilisées que dans le cadre de la gestion administrative et financière de votre dossier en tant que stagiaire de notre établissement.

Depuis la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication, et le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courrier au chef d'établissement.

Fait à _____

Le _____

Signature du candidat

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le : _____

- Dossier rejeté
- Candidat(e) retenu(e) pour les tests techniques

Candidature acceptée : OUI NON

CERTIFICAT MÉDICAL

(de moins de 1 an au moment de l'inscription)

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

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1)

NOM :

Prénom :

et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités en Cours Collectifs et en Musculation et Personal Training.

Fait à le

Cachet et signature du praticien

(1) *rayer la mention inutile*