

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE

### INSTRUCTEUR FITNESS

- ☐ Musculation & Personal Training
- ☐ Cours Collectifs
- ☐ Double option

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) : \_\_\_\_\_

- ☐ 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 : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Le coût de la formation est de :

**2 options** : cours collectifs (A) **ET** musculation, Personal Training (B) **5 940 €**

**1 option** : cours collectifs (A) **OU** musculation, Personal training (B) **3 950 €**

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

☐ Option A

☐ Option B

☐ Options A et B

**Prise en charge de la formation :**  **le dossier de financement doit être finalisé avant le début de l'entrée en formation**

☐ Club, Fédération, Association. Précisez : \_\_\_\_\_

☐ France-Travail, CPF, Mission Locale... Précisez : \_\_\_\_\_

☐ Employeur, OPCO (AFDAS, Transition Pro...). Précisez : \_\_\_\_\_

☐ Autofinancement (*un plan de financement est proposé et étalé sur l'année de formation*)

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 : \_\_\_\_\_

**Clôture des inscriptions** (cachet de la poste faisant foi) : **14/09/2026**

Tests de sélection et Positionnement : **18/09/2026**

Date d'entrée en formation : **23/09/2026**

Date de sortie de formation : **02/04/2027**

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](mailto:xavier.augey@cneap.fr)

ou [formationcontinue.oustal@cneap.fr](mailto:formationcontinue.oustal@cneap.fr)

Site : [www.lycee-oustal.fr](http://www.lycee-oustal.fr)

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

 **Tout dossier incomplet ne sera pas traité**

| Veuillez cocher les éléments que vous joignez à ce dossier                                      |                                                                                                                                                                                                                                             | Réservé<br>au centre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                        | 2 photos d'identité. Une à coller sur la 1ère page et l'autre à agraffer                                                                                                                                                                    |                      |
| <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 (règlement par chèque à l'ordre de AFG L'Oustal ou espèces) :<br><input type="checkbox"/> 2 options : 55 € <input type="checkbox"/> 1 option : 30 €                                                                      |                      |
| <input type="checkbox"/>                                                                        | Frais de dossier d'inscription : 60 €                                                                                                                                                                                                       |                      |
| 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 <b>OU</b> copie de la décision d'acceptation d'un projet de transition professionnelle (PTP)                                                                  |                      |
| Autre(s) document(s) fourni(s)                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| <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*