

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Collez ici votre photo



Fais de ta passion un métier !

NOM :

Prénom :

Formation souhaitée :

- BPJEPS RUGBY à XV
- BPJEPS APT
- BPJEPS AF-HM
- DEJEPS RUGBY

Contact :

- Anne Hatier : 06 28 59 69 45 - Mail : [contact@afm-management.fr](mailto:contact@afm-management.fr)
- Eve Porte : 06 64 38 48 20 - Mail : [eveporte.afm@gmail.com](mailto:eveporte.afm@gmail.com)



## **PIECES à JOINDRE**

- COPIE PIECE D'IDENTITE (CNI, PASSEPORT ou TITRE DE SEJOUR)
- CV
- LETTRE DE MOTIVATION
- 2 PHOTOS D'IDENTITE (dont 1 collée sur le dossier)
- ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE
- ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE POR LA PERIODE DE FORMATION
- ATTESTATION DE FORMATION AUX PREMIERS SECOURS AFPS OU PSC1 OU SST
- ATTESTATION DE RECENSEMENT
- CERTIFICAT INDIVIDUEL DE PARTICIPATION A LA JOURNEE DEFENSE ET CITOYENNETE
- EXTRAIT CASIER JUDICIAIRE N°3
- COPIE DE VOS DIPLOMES
- CERTIFICAT MEDICAL CI-JOINT
- COPIE DE VOTRE LICENCE SPORTIVE
- 1 CHEQUE DE 60€ POUR LES FRAIS D'INSCRIPTION
- LES PIECES JUSTIFICATIVES DE DISPENSES ET EQUIVALENCES DE DROIT

Pour une inscription en **BPJEPS Rugby à XV** :

- Justifier de la pratique du rugby à XV en compétition pendant une saison sportive au moyen d'une **attestation** délivrée par le responsable de la structure dans laquelle l'activité a été exercée qui
- Ou justifier d'une expérience d'animation en rugby à XV d'une durée minimale de 80 heures au moyen d'une **attestation** délivrée par le ou les responsable(s) de la ou des structure(s) dans la(es) quelle(s) l'expérience a été acquise.



## IDENTITE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

SEXE

NATIONALITE

ADRESSE POSTALE

CODE POSTAL

VILLE

PORTABLE

MAIL

VOTRE SITUATION :  ETUDIANT  SALARIE  DEMANDEUR D'EMPLOI

ETES-VOUS PROTEUR D'UN HANDICAP ?  OUI  NON

SI OUI, PRECISEZ :

SI OUI, SOUHAITEZ-VOUS UN ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE ?

---

## STRUCTURE D'ACCUEIL

NOM DE LA STRUCTURE

ADRESSE

NOM DU RESPONSABLE

PORTABLE

MAIL

NOM DU TUTEUR

PORTABLE

MAIL

CONTRAT D'APPRENTISSAGE



### DIPLOMES SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES OBTENUS

INTITULE	ANNEE	LIEU

### PRATIQUE SPORTIVE

SPORT	ANNEE DE PRATIQUE	NIVEAU	CLUB

### EXPERIENCES PROFESSIONNELLES / BENEVOLAT

EMPLOYEUR	ANNEE	MISSIONS



## **AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIE**

Je soussigné,

NOM.....Prénom.....

Autorise AFM Management à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies sur lesquelles j'apparais sur l'ensemble des supports de communication Interne et Externe de AFM Management à titre gracieux.

Dans le cadre de la Formation et tous reportages s'y reportant.

Les photographies pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, ...) et intégrées à tout autre matériel de représentation ou de reproduction (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations...) connus ou inconnus à ce jour.

Les photographies et vidéos pourront être exploitées par AFM Management dans le monde entier et pour une durée illimitée.

Il est entendu que AFM Management s'interdit expressément, une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée et à la réputation de la personne photographiée, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe, raciste, antisémite, violent ou illicite.

Toutefois, à tout moment, le signataire pourra suspendre cette autorisation par courrier recommandé auprès de la structure.

Toutes autres utilisations que celles précitées, devront être renégociées entre le photographe et le signataire.

Fait à ....., le .....

Signature :

---

### **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM.....Prénom.....

Numéro de portable : .....

Médecin traitant : .....

Numéro de téléphone : .....

**Je soussigné .....,**

**certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.**

**Fait à : .....Le : .....**

**Signature :**



## CERTIFICAT MEDICAL

### BPJEPS activités de la forme

Rappel réglementaire : article A.212-36 du code du sport

Pour l'inscription dans une formation, le dossier du candidat est déposé auprès de l'organisme de formation, qui en contrôle la conformité, un mois avant la date fixée pour l'entrée en formation du candidat.

Le dossier doit comprendre un certificat médical **de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de l'activité ou des activités** physiques ou sportives, **concernées par le diplôme**, datant de moins de 3 mois à la date des TEP. Ce certificat peut être assorti de conditions supplémentaires prévues par l'arrêté de création du diplôme

Je soussigné, Dr [REDACTED], certifie avoir examiné ce jour Mme / M. [REDACTED]  
[REDACTED], né(e) le [REDACTED]

Mme / M. [REDACTED] ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités de la forme options haltérophilie/musculation.

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Fait à .....

Le .....

Cachet et signature du médecin