

Espace Saint Germain  
Le Saxo - BP 254  
30 avenue du Général  
Leclerc  
38202 Vienne cedex  
[www.ifa.asso.fr](http://www.ifa.asso.fr)

**CFA Sport et Animation Rhône-Alpes**



Sport et Animation Rhône-Alpes

# DOSSIER D'INSCRIPTION AUX TESTS D'EXIGENCES PRÉALABLES

**BPJEPS ACTIVITÉS SPORTS COLLECTIFS  
2020**



## RENSEIGNEMENTS

(Toutes les rubriques doivent être dûment renseignées.)

PHOTO à agraffer

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_/ Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ 📞 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ e-mail : .....

Adresse des parents : .....

CP : ..... Ville : .....

☎ : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ 📞 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ e-mail : .....

N° de sécurité sociale : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_

Inscription par l'intermédiaire d'une Mission Locale OUI  NON

Reconnu(e) travailleur handicapé OUI  NON

N° INE (Identifiant National de l'Elève) \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_ (10 chiffres-1 lettre)

Nom et département du dernier établissement scolaire fréquenté : .....

Dernière classe fréquentée : .....

Diplôme le plus élevé obtenu (joindre la copie) :

BEPC/Brevet des collèges  CAP/BEP  BAPAAAT  BAC/BAC PRO  BTS  BEES 1°/BP JEPS

Autre .....

Situation avant l'apprentissage :

Scolaire  Etudiant  Apprenti  Employé (CDD ou CDI)  Demandeur d'emploi

Autre .....

Diplômes fédéraux et/ou d'État obtenus (joindre les copies) : .....

.....

**solicite mon inscription aux tests d'exigences préalables du BPJEPS Activités Sports collectifs organisés par le CFA Sport et Animation Rhône-Alpes.**

# CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier complet est à retourner au :

**CFA Sport et Animation Rhône-Alpes**  
30, avenue du Général Leclerc – BP 254  
38202 VIENNE Cedex

## IMPORTANT

### Date limite de réception du dossier :

- Le 15 juin 2020 pour les tests du 01 juillet 2020 à Ballaison (74)
- Le 22 juin 2020 pour les tests du 10 juillet 2020 à L'Etrat (42)
- Le 27 juillet 2020 pour les tests du 25 août 2020 à Vienne (38)

**Tout dossier arrivé incomplet et/ou hors délais  
sera systématiquement refusé et retourné au candidat.**

### Liste des documents à joindre

- le présent dossier d'inscription renseigné intégralement avec une photo d'identité agrafée
- un chèque bancaire d'un montant de 60 € libellé à l'ordre du CFA Sport et Animation Rhône-Alpes
- photocopie recto-verso d'une pièce d'identité **en cours de validité** (*carte nationale d'identité, passeport, extrait d'acte de naissance, livret de famille intégral, titre de séjour autorisant à travailler en France*).
- le certificat médical d' « aptitude à l'encadrement et à la pratique des activités liées aux sports collectifs », exemplaire ci-joint, dûment complété par votre médecin traitant et **daté de moins de 1 an à la date des TEP. Aucun autre certificat ne sera accepté. Aucune copie admise.**
- Si vous bénéficiez d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, joindre l'avis d'un médecin agréé par les FF handisport ou de sport adapté ou d'un médecin désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant les épreuves des TEP selon la certification visée.

Fait à :

Date : /\_\_ / \_\_ / 2020

Signature du candidat

# CERTIFICAT MEDICAL

**Exigé pour tout(e) candidat(e) au Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education  
Populaire et du Sport**

**Spécialité «Sports Collectifs»**

**Mention « Basketball, Football, Handball, Rugby à XV »**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme \* \_\_\_\_\_

et avoir constaté qu'il / elle \* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à  
l'enseignement des activités de sports collectifs dont plus particulièrement dans la mention choisie\* :

*Basket*

*Football*

*Handball*

*Rugby à XV*

*rayez les mentions inutiles.*

**Fait à** \_\_\_\_\_ **le** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin** (original)

**Signature du médecin** (originale)