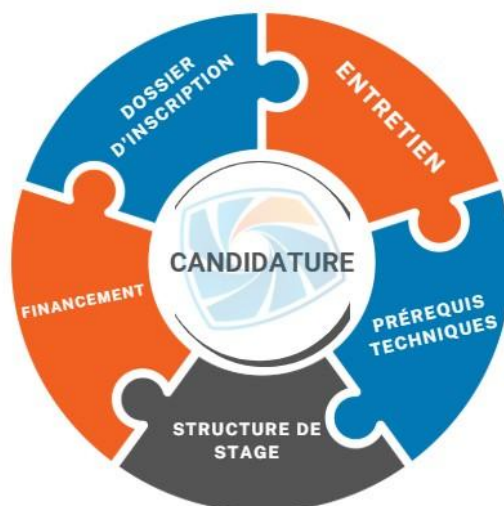


CANDIDATURE 2026/2027

## CQP Instructeur Fitness option Cours Collectifs



**Date limite de dépôt du dépôt des dossiers : 17/07/2026**



**Par courrier :**  
SPORT LEMAN  
Domaine de Thénières  
74140 BALLAISON



**En ligne :**  
[www.sport-leman.com](http://www.sport-leman.com)



**Par mail :**  
[contact@sport-leman.com](mailto:contact@sport-leman.com)

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR



### Liste des pièces à fournir pour la **PRÉ-INSCRIPTION** :

*Au plus tard le 17/07/2026*

- Fiche d'inscription avec photographie d'identité** (Annexe 1)
- Fiche de renseignements** (Annexe 2) + diplômes/certificats
- Pièce d'identité** : copie de la carte d'identité recto verso ou du passeport (*en cours de validité*).  
*Pour les candidats de nationalité étrangère : copie du passeport + carte de séjour (ou son récépissé) valide.*
- Un CV**
- Règlements des frais**: Chèque ou Virement bancaire (cf RIB en bas de page)
  - 100€ : frais d'inscriptions aux tests techniques et à la formation (*non remboursables*)



Confirmation de pré-inscription envoyée par Sport Leman



### **ENTRETIEN DE MOTIVATION** et **PRESENTATION DU PROJET**

avec le coordinateur de formation



*Dans les 15 jours suivant la réception du dossier*



### Liste complémentaire des pièces à fournir pour l'**INSCRIPTION** :

- Certificat médical selon le modèle annexé** (Annexe 3)  
*Daté de moins d'un an avant la date d'entrée en formation*
- Attestation de Secourisme** : à minima **PSC** (ou équivalent)
- Preuve de **validation des Prérequis** (tests ou justificatifs de validation)

- Fiche d'alternance**  
(Annexe 4)

- Attestation Financière**  
(Annexe 5)

STRUCTURE DE  
STAGE

PRÉREQUIS  
TECHNIQUES

FINANCEMENT



***Dossier complet au plus tard 15 jours avant l'entrée en formation***

**IBAN SPORT LEMAN**: FR76 3000  
3001 0100 0372 6342 965

**BIC/SWIFT**: SOGEFRPP  
Précisez-le **nom/prénom** et la  
**formation** choisie dans le motif du  
virement



### Prérequis Technique :

Suivi d'un cours collectif : épreuve de 45 min comprenant 3 parties :

- Cardio coordination et endurance
- Renforcement musculaire avec barre et poids
- Flexibilité et mobilité (stretching)



↓ ↓  
**25 juillet 2026**  
↑ ↑

### Prérequis Oral :

Présentation du projet de formation en cohérence avec le parcours personnel, l'expérience dans l'option Cours Collectifs, et la capacité de projections vers une situation professionnelle.

### Dispenses ou Equivalences :

Chaque formation possède ses propres critères de dispense ou d'équivalence

(+ d'infos sur [www.sport-leman](http://www.sport-leman) ⇒ rubrique Formations ⇒ CQP ⇒ Cadre « Textes officiels »)

Si vous êtes dispensé : **fournir la photocopie du diplôme autorisant l'inscription en parcours allégé**

**Handicap** : contactez le référent Handicap par mail [info@sport-leman.com](mailto:info@sport-leman.com) ou consultez les démarches sur [Démarches d'aménagement d'épreuves pour les candidats en situation de handicap | Académie de Lyon](#)



Homme

Femme

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance  
et n° département :

PhPhotooto

Nationalité :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Souffrez-vous d'un handicap ?

Êtes-vous reconnu travailleur handicapé (RQTH) ?

Oui

Non

Oui

Non

**Lieu de formation :**     Anancy

*J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente de Sport Léman et les accepter.*

Fait à (ville) :

Le :

*Signature du candidat*

Joindre impérativement la copie de vos diplômes à l'appui de cette demande.

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Cochez la ou les cases correspondantes à votre **situation actuelle**

- Salarié (précisez l'emploi et le lieu de travail) .....
- Apprenti (précisez le diplôme préparé) : .....
- Sans emploi →  Inscrit à France Travail (précisez) : Agence : ..... Identifiant : .....
- Inscrit à la Mission Locale (précisez la Ville) : .....
- Sportif de Haut-Niveau inscrit sur les listes (précisez le sport) .....
- Etudiant (précisez le diplôme préparé et le lieu) .....
- Autre (précisez).....

### PARCOURS SCOLAIRE

Dernier diplôme obtenu : ..... Année d'obtention : .....

Lieu de l'établissement : .....

Aucun diplôme :

Niveau du diplôme le plus élevé obtenu : (joindre copie du diplôme le plus important) :

- CAP-BEP     BAC     BTS / DEUG (Bac+2)     Licence, Maîtrise, Master 1 (Bac+3/+4)     Master, DES
- Niveau 3      Niveau 4      Niveau 5                      Niveau 6                                      Niveau 7**

Autre : .....

### PARCOURS SPORTIF / ENCADREMENT

Sport pratiqué actuellement	Lieu	Depuis combien de temps

Titulaire d'un BREVET D'ETAT ou d'un BPJEPS (précisez lequel) : .....

Titulaire d'un autre diplôme fédéral (précisez lequel) : .....

Etes-vous inscrit(e) à d'autres organismes de formation dispensant ce diplôme ?

Oui (précisez le(s)quels) .....     Non

Etes-vous titulaire d'autres qualifications professionnelles :

Oui (précisez le(s)quels)                       Non

.....

#### Avez-vous déjà validé vos prérequis technique ?

Oui    Date d'obtention : .....

Lieu d'obtention: .....

Merci de nous fournir un justificatif dans votre dossier d'inscription.

Avez-vous déjà encadré des groupes ?

OUI     NON

Titulaire d'un permis de conduire (précisez lequel) : .....

Je possède un ordinateur portable                       Je possède un véhicule

Taille de vêtements : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Quelle représentation avez-vous du métier que vous visez au travers de votre formation ?

Quel projet professionnel vous pousse à vous engager dans cette formation ?

Avez-vous déjà une ou des structures d'alternance ?

Oui

Non

Si oui, la ou lesquelles ?

Quelle est l'activité principale, exercée par celle(s)-ci ?

Coordonnées Structure :

Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Nom du Contact : .....

Téléphone : .....

Mail : .....



## CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M / Mme \_\_\_\_\_

Et avoir constaté qu'il / elle ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

Fait le \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_

Cachet du médecin (Bien lisible)

Signature du médecin

Alternance sous statut stagiaire Alternance sous contrat : ..... Association Entreprise**DENOMINATION SOCIALE** : .....

Statut juridique : ..... Nb de salariés : .....

N° SIRET (15 chiffres) : ..... Code NAF/APE : .....

NOM-Prénom du responsable de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

CP : ..... VILLE : .....

☎ : ..... 📠 : ..... E-mail : .....

Convention collective nationale applicable : ..... Code IDCC : .....

Caisse de retraite complémentaire : ..... OPCO : .....

**TUTEUR** :

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

☎ : ..... E-mail : .....

N° Carte professionnelle : .....

Diplômes ou titres obtenus : .....

Expérience professionnelle dans le métier préparé par l'alternant : ..... Ans

 **CQP Instructeur Fitness Cours Collectifs** : Le tuteur doit être à minima titulaire d'une certification professionnelle dans le domaine de l'encadrement du Fitness et du cours collectif. D'un niveau de qualification de minimum Niveau 3. Le tuteur doit justifier à minima d'une année d'expérience professionnelle réalisée dans le champ de l'encadrement sportif dans le domaine du Fitness et du Cours Collectifs.**STAGIAIRE/ SALARIE** : Sexe :  M  FRQTH (travailleur handicapé) :  Oui  Non

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Lieu de naissance : ..... Numéro de département de naissance : .....

N° Sécurité Sociale personnel : ..... (15 chiffres)

Dernière classe fréquentée : ..... Diplôme obtenu ?  Oui  Non**Diplôme le plus élevé obtenu** :  Brevet des collèges  CAP/BEP  BAC/TECHNO PRO  BTS-Diplôme BAC+2  
 Diplôme BAC+3  BEES 1°/BP JEPS  Autre : .....  Aucun diplôme**Situation actuelle** :  Collégien/Lycéen  Sous contrat d'apprentissage  Etudiant (post-bac)  Salarié  Sans emploi Autre : .....**DATES DE L'ALTERNANCE** : **Formation choisie** : CQP Instructeur Fitness Cours Collectifs **Dates de contrat** : Début : **24/08/2026** Fin : **18/12/2026**

Date : .....

Signature de l'employeur  
et cachet

Signature de l'alternant

NOM : ..... Prénom : ..... Formation : .....

 STATUT SALARIÉ**Formation non payante pour le salarié**

Date : .....

Signature  
apprenant :Signature  
structure :

OU

 STATUT STAGIAIRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE➔ **Financement personnel** Coût : .....€ Compte personnel de formation (CPF) :

montant mobilisé : .....€

*Echéancier en 4 fois sans frais par prélèvement automatique*

Je, soussigné(e),

(Nom) .....

(Prénom) .....

m'engage à régler la formation pour le montant  
indiqué ci-dessus.➔ **Organisme financeur** **Accord obtenu** **En attente d'un accord de financement**

Précisez le nom d'organisme : .....

Si je ne possède pas de prise en charge de ma formation  
par un organisme, j'atteste avoir la capacité financière pour  
financer personnellement ma formation : Oui  Non

J'ai lu et j'accepte les conditions générales de vente de Sport Léman.

Date : ..... Signature alternant :



	août-26		sept-26		oct-26		nov-26		déc-26		janv-27			
1	WE		1		1		1	FÉRIÉ		1		1	FÉRIÉ	
2	WE		2		2		2	D		2		2	WE	
3			3		3	F	F			3		3	WE	
4			4		4	F	F			4		4		
5			5	F	F	D	D			5	F	F	5	
6			6	F	F					6	F	F	6	
7			7	D	D			F	F	7			7	
8	WE		8		8			F	F	8			8	
9	WE		9		9					9			9	WE
10			10		10	WE				10			10	WE
11			11		11	WE				11	FÉRIÉ		11	
12			12	WE		D	D			12	F		12	
13			13	WE						13	WE		13	C
14			14	D	D			WE		14			14	C
15	FÉRIÉ		15		15			WE		15			15	C
16	WE		16		16					16	C	Session 1	16	WE
17			17		17	WE				17	C	Session 1	17	WE
18			18		18	WE				18	C	Session 1	18	
19			19	F	F	19	F	F		19	WE		19	
20			20	F	F	20	F	F		20	WE		20	
21			21	D	D	21	D	D	F	F			21	
22	WE		22		22	F	F		F	F			22	
23	WE		23		23	F	F			23			23	WE
24	F	F	24		24	WE				24			24	WE
25	F	F	25		25	WE				25	FÉRIÉ		25	
26	D	D	26	WE		F	F			26	WE		26	
27	F	F	27	WE		F	F			27	WE		27	
28	F	F	28	D	D	28	D	D	WE				28	
29	WE		29		29	F	F		WE				29	
30	WE		30		30	F	F			30			30	WE
31	D	D	31		31	WE				31			31	WE
FORMATION EN PRESENTIEL	16	16	16	16	40	40	16	16	12	8	0	0	TOTAL formation	280
	32		32		80		32		20		0			
DISTANCIEL ASYNCHRONE	8		32		32		4		0		0		Stage à réaliser	210
CERTIF	0		0		0		0		24		24			