

Dossier d'Inscription

CQP ALS

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisirs Sportif

Dossier à retourner à l'Organisme de Formation :
Comité Départemental UFOLEP de l'Ain
7 Avenue Jean Marie Verne - 01000 BOURG en BRESSE



Option(s) choisie(s) :

- Jeux Sportifs et Jeux d'Opposition (JSJO)
 Activité Gymnique d'Entretien et d'Expression (AGEE)
 Activités de Randonnée de Proximité et d'Orientation (ARPO)

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Monsieur

Madame

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____
Date de nais. : _____ Lieu et Dép. de nais : _____

Adresse : _____
Complément
d'adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____
E-mail : _____

N° sécurité sociale (10 premiers chiffres) : _____

Situation : Bénévole ou salarié(e) dans une association UFOLEP
N° de licence UFOLEP : _____
Bénévole ou Salarié(e) dans une association non affiliée
Précisez : _____

PHOTO

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNEL et SPORTIF

Formation Fédérale

FORMATION UFOLEP ou AUTRES	
DIPLOMES FEDERAUX	ANNEE

FORMATION UFOLEP ou AUTRES	
RECYCLAGES ou PERFECTIONNEMENT	ANNEE

Autres Formations

Diplôme(s) scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s)

Diplôme(s) sportif(s), BP JEPS, BEES...

Autres Diplôme(s), PSC1, AFPS, BAFA, BAFD...

Joindre les justificatifs (photocopie des diplômes)

Animations sportives

Fonctions ou emploi occupé au cours des 3 dernières années en lien avec l'option ou les options choisies

Dates (du ... au ... ou Depuis le...)	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Activité encadrée	Nombre d'heures

Autres expériences d'encadrement

Dates (du ... au ... ou Depuis le...)	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Missions principales	Nombre d'heures

ACTIVITES SPORTIVES PRATIQUEES

Activités pratiquées	Structure	Volume horaire annuel	Date / Période

STRUCTURE D'ACCUEIL

- Avez-vous identifié la structure qui vous accueillera pour effectuer votre stage pédagogique (50h) ?

OUI NON

Si oui :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Nom du représentant de la structure : _____

N° Siret : _____

- Avez-vous identifié le tuteur de votre formation ?

OUI NON

Si oui :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Diplôme(s) du tuteur : _____

OPTION(S) CHOISIE(S) :

- JSJO** (Jeux Sportifs et Jeux d'Opposition)
- AGEE** (Activité Gymnique d'Entretien et d'Expression)
- ARPO** (Activités de Randonnée de Proximité et d'Orientation)

MOTIVATION DE LA DEMANDE

En vous appuyant sur votre expérience, vous rédigerez, un texte qui mettra en valeur les objectifs (à moyen et long termes) que vous désirez atteindre avec ce diplôme. Vos motivations ci-dessous ou sur papier libre.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Nom-Prénom :

Date :

Signature :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Votre formation sera financée par :

- Votre entreprise
- Votre association
- L'OPCA de votre employeur
- Le pôle Emploi
- Financement personnel
- Autre (Préciser) :

Nom de la structure financeur : _____

Nom du représentant légal : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

N° SIRET : _____

OPCA : _____

DOSSIER A RETOURNER

AVANT LE 1 OCTOBRE 2018 (option AGEE)

AVANT LE 14 JANVIER 2019 (option JSJO et ARPO)

Pièces à joindre (tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- Photocopie de votre carte d'identité
- Photocopie AFPS ou PSC1 (si obtenu avant l'entrée en formation)
- Attestation de pratique d'activités d'une durée de 140h en lien avec l'option choisie (*modèle joint*) ou Brevet d'Animateur Fédéral en lien avec l'option choisie ou
 - Demande de passage de tests techniques préalables à l'entrée en formation (date communiquée ultérieurement)
- Photocopie diplômes professionnels
- Un chèque de 50 euros de frais de gestion administrative à l'ordre du Comité Départemental UFOLEP de l'Ain
- Certificat médical autorisant la pratique sportive **et** l'encadrement des activités sportives datant de moins de 3 mois (*modèle joint*)
- Curriculum Vitae

Retour du dossier :

UFOLEP de l'Ain

Mme CORDON Mélynda
7 Avenue Jean Marie Verne
01000 BOURG en BRESSE

Information :

Tél : 04.74.23.80.14

Mail : ctd@ufolep01.com

Attestation de pratiques sportive d'Activités de Randonnée de Proximité et d'Orientation (ARPO)

Au regard des pré-requis du
CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE
D'ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)

Je soussigné(e),

Nom, Prénom :

Responsable de la structure

Dénomination :

Adresse :

Atteste sur l'honneur que M. / Mme

Nom, Prénom :

Date et lieu de naissance :

A pratiqué les activités de randonnée de proximité et d'orientation
dans le cadre d'une activité de loisirs ou de performance d'**une durée**
minimale de 140 heures au cours des trois dernières années
répondant aux caractéristiques ci-après mentionnées :

Nature, volume (en heures) et période (début et fin) des activités effectuées :

-
-
-
-

Cachet de la structure fait à, le

Signature du responsable de la structure

Attestation de pratique sportives d'Activités Gymnique d'Entretien et d'Expression (AGEE)

Au regard des pré-requis du
CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE
D'ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)

Je soussigné(e),

Nom, Prénom :

Responsable de la structure

Dénomination :

Adresse :

Atteste sur l'honneur que M. / Mme

Nom, Prénom :

Date et lieu de naissance :

A pratiqué les Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression dans le cadre d'une activité de loisirs ou de performance d'**une durée minimale de 140 heures au cours des trois dernières années** répondant aux caractéristiques ci-après mentionnées :

Nature, volume (en heures) et période (début et fin) des activités effectuées :

-
-
-
-

Cachet de la structure fait à, le

Signature du responsable de la structure

Attestation de pratique d'activités sportives de Jeux Sportifs et de Jeux d'Opposition (JSJO)

Au regard des pré-requis du
CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE
D'ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)

Je soussigné(e),

Nom, Prénom :

Responsable de la structure

Dénomination :

Adresse :

Atteste sur l'honneur que M. / Mme

Nom, Prénom :

Date et lieu de naissance :

A pratiqué les activités de jeux sportifs et de jeux d'opposition dans le cadre d'une activité de loisirs ou de performance d'**une durée minimale de 140 heures au cours des trois dernières années** répondant aux caractéristiques ci-après mentionnées :

Nature, volume (en heures) et période (début et fin) des activités effectuées :

-
-
-
-

Cachet de la structure fait à, le

Signature du responsable de la structure

Certificat médical
Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné(e),

Docteur en :

Médecine Générale Médecine du Sport Autre Spécialité :

Demeurant :

.....

Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme / Mlle (rayer la mention inutile) :

.....

Né(e) le : / / Demeurant :

.....

.....

et n'avoir relevé aucun signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

- à la pratique sportive :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s) :

- à l'encadrement et l'animation de loisirs sportifs :

Sans restriction A l'exception de la (des) discipline(s) :

Fait à, Le / / 20.....

Cachet du Médecin

Signature du médecin

Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de cet article, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique sportive.