

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2024/2025

Du 26 août 2024 au 20 juin 2025



**BPJEPS**

Spécialité

**EDUCATEUR SPORTIF**

Mention

**ACTIVITÉS DE LA FORME**

Option

**HALTEROPHILIE MUSCULATION**

 50 impasse de la Glacière  
31200 Toulouse

 formation@cvifs.fr

 06 08 12 70 80

 cvifsformation.com

A RETOURNER AU PLUS TARD le jour du test de sélection

## LE/LA CANDIDAT(E)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Photo d'identité à  
coller

**OBLIGATOIRE**

## VOTRE PARCOURS DE FORMATION :

*Joindre la copie des diplômes obtenus*

Formation scolaire et universitaire :

Sans diplôme

Brevet des collèges

BEP/CAP

Baccalauréat

Licence

Master

Précisez (si STAPS, mentionnez l'option) : \_\_\_\_\_

Formation dans le sport et l'animation :

Brevet fédéral

BPJEPS

DEJEPS

BAFA

BAFD

Autre

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VOTRE SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE :

Êtes-vous :

Etudiant

Précisez : \_\_\_\_\_

Salarié

Précisez : \_\_\_\_\_

Travailleur indépendant

Précisez : \_\_\_\_\_

Demandeur d'emploi

Inscrit à Pôle Emploi

Depuis : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

N° identifiant : \_\_\_\_\_

Non inscrit

Bénéficiaire du RSA

Autre situation

Précisez : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous nous informer d'une situation de handicap ? *(pour la mise en place d'un parcours pédagogique individualisé)*

OUI

NON

## VOTRE PRATIQUE SPORTIVE PERSONNELLE :

Pratiquez-vous la musculation ?

OUI

NON

Précisez le genre de pratique et la fréquence : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous une connaissance du milieu de l'haltérophilie ?

OUI

NON

Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## L'ALTERNANCE :

Avez-vous trouvé une structure d'alternance potentielle pour vous accueillir dans le cadre de la formation ?

OUI

NON

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

**Merci de compléter la promesse d'alternance prévue à cet effet en page 5**

## LE MODE FINANCEMENT ENVISAGÉ :

Code RNCP : 37106

**Coût de la formation en parcours complet pour un organisme financeur : 8 244 €**

- Contrat d'apprentissage
- Contrat de professionnalisation
- Pôle Emploi

**Coût de la formation en parcours complet en financement personnel : 5 645,55 €**

- Compte personnel de formation (CPF) et/ou financement personnel

*Pour toute information complémentaire, merci de contacter le service comptabilité par mail à [compta@cvifs.fr](mailto:compta@cvifs.fr)*

## MODALITES D'INSCRIPTION EN FORMATION :

Le dossier d'inscription doit être retourné, dûment rempli et accompagné des pièces complémentaires, **au plus tard le jour du test de sélection**. Tout dossier incomplet ou remis hors délai ne sera pas pris en compte.

Veillez à fréquemment vérifier votre boîte mail après les tests de sélection du CVIFS (spams y compris) afin d'être averti de la décision définitive du coordonnateur de formation quant à votre entrée en formation.

***Attention : l'organisme de formation se réserve le choix des candidats retenus en formation. Le dépôt du dossier d'inscription et la convocation aux tests de sélection ne garantissent pas une entrée en formation.***

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions d'inscription en formation, confirme l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier d'inscription et m'engage à fournir les pièces complémentaires nécessaires à la validation de mes informations.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du (de la) candidat(e)



RÉGION ACADÉMIQUE  
OCCITANIE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Direction de région académique  
à la jeunesse, à l'engagement et  
aux sports (DRAJES)



**BPJEPS**  
**Educateur sportif**  
**Activités de la Forme - Option Haltérophilie Musculation**

## **CERTIFICAT MEDICAL**

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 d'un an à la date d'entrée en formation. Ce certificat peut être assorti de conditions supplémentaires prévues par l'arrêté de création du diplôme

Je soussigné, Dr \_\_\_\_\_,

certifie avoir examiné ce jour

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

né(e) le \_\_\_\_\_

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

ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités de la forme (haltérophilie, musculation et/ou cours collectifs).

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

Fait à .....

Cachet et signature du médecin

Le .....

**BPJEPS**  
**Educateur sportif**  
**Activités de la Forme - Option Haltérophilie Musculation**

**PROMESSE D'ALTERNANCE**

*Seuls un contrat d'apprentissage / de professionnalisation et une convention de stage tripartites, établis après validation des tests d'entrée et inscription officielle sur la session de formation font foi.*

Nom de la structure potentielle d'accueil : \_\_\_\_\_

Statut juridique de la structure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Je soussigné(e), Madame / Monsieur \_\_\_\_\_, agissant en qualité de responsable de la structure sus-citée, m'engage à permettre au/à la candidat(e) à la formation professionnelle en alternance **BPJEPS ACTIVITES DE LA FORME - OPTION HALTEROPHILIE MUSCULATION**, Madame / Monsieur \_\_\_\_\_, d'effectuer tout ou partie des **791 heures de stage** intégrées à la formation réparties sur 3 à 4 jours par semaine. **La présence aux cours dispensés en centre de formation est obligatoire et ne peut être soustraite pour la validation du diplôme.**

Je m'engage à ce que Madame / Monsieur \_\_\_\_\_, titulaire du diplôme \_\_\_\_\_ obtenu le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ assure le rôle de tuteur / tutrice auprès du/de la stagiaire sur l'ensemble de la période mentionnée dans la convention de stage.

Je suis conscient(e) et informé(e) que le/la stagiaire doit effectuer ses heures d'alternance dans l'encadrement de la musculation avec charges additionnelles ET de l'haltérophilie. S'il s'avère que je ne suis pas en mesure d'assurer la totalité des enseignements, je m'engage à détacher des heures de stage pour que le/la stagiaire puisse compléter sa formation dans un autre établissement.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Le responsable de la structure

Le/la tuteur/trice

Le/la stagiaire



**BPJEPS**  
**Educateur sportif**  
**Activités de la Forme - Option Haltérophilie Musculation**

**AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE**

Je soussigné(e), Madame / Monsieur \_\_\_\_\_,  
autorise le CViFS à utiliser mon image pour la promotion de l'établissement et pour toutes ses productions sur les  
différents supports de communication connus à venir.

OUI

NON

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du candidat

*Précédée de la mention «bon pour autorisation»*

**BPJEPS**  
**Educateur sportif**  
**Activités de la Forme - Option Haltérophilie Musculation**

**LES PIÈCES À JOINDRE**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Le dossier d'inscription renseigné dans sa totalité, daté et signé                                     | <input type="checkbox"/> |
| Un CV à jour   | <input type="checkbox"/> |
| La copie de tous les diplômes mentionnés dans le dossier d'inscription (pages 1 et 2)                  | <input type="checkbox"/> |
| L'attestation de réussite aux TEP  | <input type="checkbox"/> |
| Le certificat médical de moins de 3 mois (page 4 du dossier d'inscription)                             | <input type="checkbox"/> |
| La copie du PSC1 ou de toute autre attestation de formation aux premiers secours *en cours de validité | <input type="checkbox"/> |
| La photo d'identité collé en page 1 du dossier d'inscription   | <input type="checkbox"/> |
| La copie de votre attestation d'assurance en responsabilité civile pour l'année de formation           | <input type="checkbox"/> |
| La copie de votre attestation d'assurance sociale en cours de validité (à télécharger sur ameli.fr)    | <input type="checkbox"/> |
| Une copie recto/verso de votre carte d'identité ou de votre passeport                                  | <input type="checkbox"/> |
| -Si vous êtes étranger- une copie de votre passeport et de votre titre de séjour en cours de validité  | <input type="checkbox"/> |
| Un chèque de 50€ à l'ordre du CVIFS pour le frais d'inscription  | <input type="checkbox"/> |
| La promesse d'alternance renseignée, datée et signée (facultatif)                                      | <input type="checkbox"/> |
| L'autorisation de droit à l'image renseignée, datée et signée  | <input type="checkbox"/> |

\*AFPS, AFGSU, PSE1, PSE2, SST

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Dossier reçu le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

dossier complet

dossier incomplet