



Dossier

D'inscription



CQP

ALS



2021

photo

DOSSIER D'INSCRIPTION

Certificat de Qualification Professionnelle Animateur de Loisirs Sportif CQP ALS

Options :

- Activités gymniques d'entretien et d'expression
- Activités de randonnée de proximité et d'orientation
- Jeux sportifs et jeux d'opposition

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de nais. : _____ Lieu et Dép. de nais : _____

Adresse :

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail :

Identifiant Pôle Emploi (si demandeur d'emploi) :

Date d'inscription à Pôle Emploi :

N° sécurité sociale (10 premiers chiffre) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation :

- Bénévole licencié UFOLEP
N° de licence UFOLEP :
- Bénévole non licencié UFOLEP
- Salarié dans une association UFOLEP
N° de licence UFOLEP :
- Salarié dans une association non affiliée
- Autre : préciser

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNEL et SPORTIF**FORMATION UFOLEP**

Diplômes fédéraux	Année	Lieu

Perfectionnement ou recyclage <i>(n'indiquer que les dernières formations suivies)</i>	Année	Lieu

AUTRES FORMATIONS

Diplômes scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s), fédéraux	Année

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

Autres diplômes (AFPS, PSC1, BAFA, BAFD, ...)	Année
AFPS ou PSC1	

Joindre les justificatifs (photocopies des diplômes)

ANIMATION SPORTIVE**FONCTIONS BENEVOLES OU EMPLOIS OCCUPES EN LIEN AVEC LE DIPLOME DEMANDE
(AU COURS DE CES 5 DERNIERES ANNEES)**

Dates (du JJ/MM/AA au JJ/MM/AA ou Depuis le JJ/MM/AA)	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Activité encadrée	Nombre d'heures ou pourcentage de temps travaillé

AUTRES EXPERIENCES D'ENCADREMENT

Dates	Fonction occupée	Nom de la structure ou de l'association	Missions principales

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 du tuteur :

OPTION CHOISIE :

- AGEE (Activités Gymnique d'Entretien et d'Expression)
- JSJO (Jeux Sportifs et Jeux d'Opposition)
- 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 terme) que vous désirez atteindre avec ce diplôme.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus,
Nom-Prénom :

Date :

Signature :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- vous vous inscrivez à cette formation au titre de la formation professionnelle continue (statut de salarié), votre employeur peut bénéficier d'une prise en charge par l'OPCA :**

Nom la structure employeur :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

N° SIRET : OPCA :

- vous vous inscrivez à cette formation en tant que bénévole, l'association prend en charge votre formation :** (si différente de la structure d'accueil du stage pédagogique)

N° de licence UFOLEP :

Nom de l'association :

N° SIRET :

Nom du correspondant :

Adresse : Code postal :

Ville :

Téléphone : E-mail :

- vous financez la formation vous-même.**

- Demande à entrer en formation**

- Demande une équivalence directe avec le CQP ALS**
(uniquement pour les titulaire du diplôme homologué APE)

- Demande une VAE (Validation des Acquis de l'Expérience)**

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

- Photocopie de votre carte d'identité
- Photocopie AFPS ou PSC1
(Possibilité de fournir votre diplôme avant la mise en situation pédagogique)
- Attestation de pratique d'activité et/ou d'encadrement (non obligatoire)
- Photocopie diplômes professionnels
- Un chèque de 50 euros de frais de gestion administrative à l'ordre du Comité Régional UFOLEP Flandres Artois Picardie.
- Certificat médical autorisant la pratique sportive et l'encadrement des activités sportives datant de moins de 1 an (modèle joint)
- Curriculum Vitae

Retour du dossier :

UFOLEP Flandres Artois Picardie
51 Rue de Sully
80 000 Amiens

Information :

Amandine GAUDEFROY
Email : secretaire@crufap.fr
Olivier VIVIES
Email : delegue.regional@crufap.fr
Site :
www.cr.ufolep.org/flandresartoispicardie
Tel : 03 22 52 49 16

Attestation de pratique de jeux sportifs et jeux d'opposition

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

Je soussigné,

(Nom, prénom) :

Responsable de la structure

(Dénomination) :

Adresse :

Atteste sur l'honneur que M. (Nom, Prénom) :

Date et lieu de naissance :

A pratiqué les jeux sportifs et jeux d'opposition dans le cadre d'une activité de loisirs ou de performance sur **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,

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.