



MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE



PHOTO

DIPLOME D'ÉTAT DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET  
DU SPORT  
« Perfectionnement Sportif Mention BMX »  
Session 2014-2015

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITE**

Dossier d'inscription à retourner au CREPS avant le **04 juillet 2014**

Je soussigné(e) NOM : .....

NOM de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Dept : .....

Nationalité : .....

Téléphone fixe et/ou portable : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à ....., le .....

Signature de la, du candidat(e)

## **PIECES A FOURNIR**

- Curriculum Vitae (faire apparaître les expériences professionnelles et bénévoles, cursus de formation, diplômes et pratiques sportives)
- Lettre de motivation
- Deux photos d'identité récentes
- Une photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso en cours de validité, ou du passeport en cours de validité, ou du livret de famille
- Pour les moins de 25 ans, les photocopies de l'attestation de recensement et du certificat de participation à l'appel de préparation à la défense
- Une photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie
- Copie de l'attestation de Responsabilité Civile
- Photocopie de l'attestation ou du diplôme de secourisme (AFPS ou PSC1)
- Copie de tous les diplômes obtenus (scolaires, sportifs, fédéraux) le cas échéant
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement du BMX, datant de moins de trois mois (document ci-joint à faire compléter).
- Pour les détenteurs d'un BEESAC ou BEES Cyclisme spécialité BICROSS souhaitant un allègement de formation, fournir une attestation de la direction technique nationale de de la FFC justifiant d'une expérience d'entraîneur ou de formateur de 350 h dans la discipline BMX au cours des 5 dernières années
- Un chèque de 25 € - libellé à l'ordre de l'agent comptable du CREPS de la région Centre, correspondant aux frais d'inscription.

### **A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER**

**Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :**

**Responsable administratif : M. Patrice RODDIER : 02.48.48.06.85**

**Responsable pédagogique : M. Nicolas CHAUVIN 02.48.48.06.86**



## FICHE D'IDENTITE STAGIAIRE

*Cet imprimé doit être complété obligatoirement.*

*En cas de difficultés, n'hésitez pas à contacter le C.R.E.P.S. (standard : 02 48 48 01 44)*

M.

Mme

NOM (de naissance) : .....

NOM d'USAGE : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à .....

Département ou pays de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de Sécurité Sociale (n°INSEE) : .....

Statut personne handicapée : OUI  NON

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone: ..... portable : .....

Courriel : .....

Liste de tous les diplômes obtenus et de leurs spécialités Année d'obtention

.....

.....

.....

Année de fin de scolarité: .....

### **VOUS EXERCEZ UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Profession actuelle : .....

SALARIE

TRAVAILLEUR INDEPENDANT

Secteur public Fonctionnaire

Secteur public Agent non titulaire

Secteur privé en CDI

Secteur privé en CDD

Contrat aidé (CAE/CUI, ...)

Indiquez les nom, adresse et téléphone de votre employeur (impératif) : .....

.....

.....

Demande de Congé Individuel de Formation ou Droit Individuel de Formation OUI  NON

Si OUI, a-t-elle été acceptée ? OUI  (copie du document) NON  Attente d'une décision

Nom de l'OPCA : .....

## VOUS N'EXERCEZ PAS D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Inscrit à Pôle Emploi OUI  NON

Date d'inscription : .....

N° identifiant Pôle Emploi : .....

Adresse pôle Emploi : .....

Indemnisation (\*) OUI  NON

Date prévue de fin d'indemnisation : .....

(\*) joindre la notification de décision de Pôle Emploi (accord ou refus)

## PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION

OUI

- Pôle Emploi
- Chèque accompagnement VAE
- Congé Individuel de Formation (joindre l'accord de l'OPCA)
- Droit Individuel de Formation (joindre l'accord de l'OPCA)
- Association ou club (faire compléter l'attestation de prise en charge)
- Employeur (faire compléter l'attestation de prise en charge)

NON

- Financement personnel
- A la recherche de prise en charge

### FINANCEMENT DES FORMATIONS

Pour de plus amples renseignements, n'hésitez pas à vous adresser au secrétariat des formations.

Vous êtes	Cadre de prise en charge	Prise en charge	Dossier éligible	Sélection	Observations
<b>Demandeur d'emploi</b>	Convention Conseil Régional du Centre	Totale ou partielle des frais pédagogiques.  Rémunération possible après étude du dossier par l'Agence de Paiement de la Région Centre	Nombre limité	Après étude du dossier	
<b>Salarié du secteur privé ou public.</b>	Congé Individuel de Formation  Droit Individuel de formation	Totale ou partielle des frais pédagogiques.		Selon accord de l'employeur et des OPCA	Demande à faire entre 6 mois et 1 an avant le début de la formation
<b>Quel que soit votre âge</b>	Contrat de professionnalisation	Totale des frais pédagogiques Rémunération en fonction de l'âge			Avoir un employeur



## DEJEPS «Perfectionnement Sportif Mention BMX » session 2014-2015

### ATTESTATION de PRISE en CHARGE FINANCIERE

#### Par le financeur

Je soussigné(e), nom, prénom, qualité .....

Représentant la structure: .....

Adresse, téléphone, e-mail : .....

.....

Déclare prendre en charge les frais relatifs à la formation de Monsieur ou Madame (nom, prénom)

.....

Frais pédagogiques

Frais d'inscription

Frais de restauration

Frais d'hébergement

**Si une demande d'aide à la formation a été faite auprès d'un Organisme Paritaire Collecteur Agréé, il est impératif de nous fournir la copie de la demande avant l'entrée en formation.**

**Sans ce document, la facture sera établie à l'ordre du financeur mentionné ci-dessus.**

**Il en sera de même si l' Organisme Paritaire Collecteur Agréé refuse la prise en charge.**

Les frais pédagogiques devront être facturés à (nom et adresse) : .....

.....

**Si différent des frais pédagogiques**, les frais de restauration et/ou d'hébergement devront être facturés à (nom et adresse) : .....

.....

Fait à

Fait à

Le

**Signature du responsable,**

Le

**Signature du, de la candidat(e)**

Cachet de la structure ou de l'entreprise

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) ..... Docteur en  
médecine, certifie avoir examiné ce jour  
M..... et n'avoir constaté  
aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement du  
BMX.

Fait à ..... , le

Signature et cachet du  
médecin

P.S. : ce certificat devra dater **de moins de 3 mois** à la date limite d'inscription à  
la formation.

**FICHE « ALTERNANCE - STAGE PEDAGOGIQUE EN SITUATION »  
DE JEPS « BMX » Session 2014- 2015**

*Ce document n'est pas contractuel, mais reste informatif. Une convention de stage pédagogique sera établie ultérieurement entre les différentes parties.*

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **Date :** .....

Nom de la structure d'accueil :

.....  
.....  
.....

Nom et Prénom du responsable :

.....  
.....

Adresse de la structure d'accueil, numéro de téléphone et email :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Activités proposées par la structure : .....

.....  
.....  
.....

Nom et prénom du tuteur :

.....  
.....  
.....

Adresse et numéro de téléphone du tuteur :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Diplôme(s) du tuteur\* (fournir obligatoirement la copie du diplôme) :

.....  
.....  
.....  
.....

Signature du tuteur :

Signature du Président  
et cachet de la structure :

Signature du stagiaire :

*\*Possédant un diplôme au minimum égal à celui du DEJEPS mention BMX (ex : BE 2 ou CTS Cyclisme) ou avoir une expérience professionnelle ou bénévole minimale de 3 ans dans le champ du BMX sur des missions de même nature que celles développées dans le diplôme.*

**FICHE « PROJET »  
DE JEPS « BMX » Session 2014- 2015**

Dans le cadre de l'UC 1 (*Etre capable de concevoir un projet d'action*) et de l'UC 2 (*Etre capable de coordonner un projet d'action*), vous devez présenter un projet présentant le développement technique d'une structure de BMX.

Intitulé du projet :

.....

Descriptif sommaire du projet :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Durée du projet :

.....  
.....

Public concerné :

.....  
.....

Lieu de réalisation :

.....  
.....  
.....

Signature du tuteur :

Signature du Président  
Et cachet de la structure

Signature du stagiaire :



MINISTÈRE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE,  
DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE



FICHE DE RESERVATION HEBERGEMENT / RESTAURATION  
A L'ATTENTION DES STAGIAIRES DE FORMATION

→ FORMATION :

DEJEPS BMX 2014-2015

Semaines de formation   
Tests de sélection   
Evaluation(s)

→ DATES :

25 au 29/08/2014

IDENTITE  
STAGIAIRE

NOM :

Prénom :

Tél. :

Cette fiche devra être parvenue au CREPS  
au plus tard **10 jours** avant la date  
d'arrivée prévue

INFORMATIONS  
RESERVATION

Arrivée le :

Départ le :

Type de chambre souhaité :

- Chambre simple
- Chambre double
- Chambre triple

Je souhaite partager ma chambre avec :  
\_\_\_\_\_

INFORMATIONS  
TARIFAIRES

Détail des prestations :

Petit déjeuner ..... 4.00 €  
Repas (midi / soir) ..... 6.60 €  
Nuit seule ..... 20.05 €  
Supplément chambre individuelle 6.10 €/ nuit

Tarif en Pension Complète :

= 1 petit déj. + 2 repas + 1 nuit = 27.90 €

Exemple tarifaire pour une semaine type en pension  
complète et chambre double :

du lundi midi au vendredi midi = 4 PC + 1 repas = 118.20 €

A REMPLIR  
PAR LE  
STAGIAIRE

J'ai pris note des conditions de  
réservation et de règlement.

Date et signature :

ATTENTION : Le paiement devra être effectué le jour de votre arrivée  
- soit en espèces  
- soit par chèque libellé à l'ordre de l'Agent comptable du CREPS

Date(s) réservée(s)	Prestation(s) souhaitée(s) (cocher le(s) choix)	
	Pt déjeuner	
Dimanche	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	
Lundi	Pt déjeuner	
	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	
Mardi	Pt déjeuner	
	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	
Mercredi	Pt déjeuner	
	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	
Jeudi	Pt déjeuner	
	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	
Vendredi	Pt déjeuner	
	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	
Samedi	Pt déjeuner	
	Déjeuner	
	Dîner	
	Nuit	