



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



PHOTO

DE LA JEUNESSE ET DE
DU SPORT
« Perfectionnement Sportif Mention BMX »
Session 2014-2015

TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITE

04 juillet 2014

Je soussigné(e) NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Téléphone fixe et/ou portable :

Adresse :

Courriel

respecter les modalités et cond
la formation.

Signature de la, du candidat(e)

ve

- CREPS de la Région Centre

48 av du Maréchal Juin 18000 BOURGES Tél. : 02 48 48 01 44 Fax. : 02 48 48 06 06
Site internet : <http://www.creps-centre.jeunesse-sports.gouv.fr> courriel : cr018@creps-centre.sports.gouv.fr

PIECES A FOURNIR

- Curriculum Vitae (faire apparaître les expériences professionnelles et bénévoles, cursus de formation, diplômes et pratiques sportives)
- Lettre de motivation
- Deux photos
- Une photocopie de la carte nationale d'identité en cours de validité, ou du passeport en cours de validité, ou du livret de famille
- Pour les moins de 25 ans, l'acte de naissance en cours de validité et du certificat de préparation à la défense
-
- Carte de membre de la Fédération Française de BMX
- 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 la compétition de 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 la FFC justifiant la pratique de la discipline BMX au cours des 5 dernières années
- Un chèque de 25 € - 2000 francs de la Fédération Française de BMX du CREPS de la région Centre, correspondant aux frais

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



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 :

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
Demandeur d'emploi	Convention Conseil Régional du Centre	Totale ou partielle des frais pédagogiques. Rémunération possible après étude du dossier par Paiement de la Région Centre	Nombre limité	Après étude du dossier	
Salarié du secteur privé ou public.	Congé Individuel de Formation Droit Individuel de formation	Totale ou partielle des frais pédagogiques.		Selon accord de et des OPCA	Demande à faire entre 6 mois et 1 an avant le début de la formation
Quel que soit votre âge	Contrat de professionnalisation	Totale des frais pédagogiques Rémunération en			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**

*Etre capable de concevoir un projet d'action
(Etre capable de coordonner un projet d'action), vous devez présenter un projet*

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**

**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**

**des conditions de
réservation et de règlement.**

Date et signature :

**ATTENTION : Le paiement devra être effectué le jour de votre arrivée
soit en espèces**

Date(s) réservée(s)	Prestation(s) souhaitée(s) (cocher le(s) choix)	
	Pt déjeuner	
Dimanche	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>
Lundi	Pt déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>
Mardi	Pt déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>
Mercredi	Pt déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>
Judi	Pt déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>
Vendredi	Pt déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>
Samedi	Pt déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Déjeuner	<input type="checkbox"/>
	Dîner	<input type="checkbox"/>
	Nuit	<input type="checkbox"/>