



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



PHOTO

BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU
SPORT « ACTIVITES DU CYCLISME »*

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 **30 juin 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)

* Sous réserve d'habilitation par la Direction Régionale de la Jeunesse et de la Cohésion Sociale du Loiret

PIECES A FOURNIR

- Curriculum Vitae (faire apparaître les expériences professionnelles et bénévoles, cursus scolaire, diplômes et pratiques sportives)
- Lettre de motivation décrivant votre projet professionnel
- Deux photos d'identités 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
- Copie de tous les diplômes obtenus (scolaires, sportifs, fédéraux) le cas échéants
- Photocopie de l'attestation ou du diplôme de secourisme AFPS ou PSC1
- Photocopie du Brevet fédéral 2° degré ou diplômes fédéraux entraîneurs jeunes, clubs dans la mention visée et cyclisme pour tous (réforme fédérale 2012) délivrés par la Fédération Française de Cyclisme.(le cas échéant)
- Attestation de la DTN de Cyclisme pour le sportif de haut niveau dans la mention visée, inscrit ou ayant été inscrit sur la liste ministérielle mentionnée à l'article L.221-2 du code du sport (le cas échéant)
- L'attestation de réussite aux tests de sélection de moins d'un an d'un BPJEPS AC (le cas échéant)
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités du cyclisme, datant de moins de trois mois (document ci-joint à faire compléter).
- 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 au 02.48.48.06.85

Responsable pédagogique : M. Philippe COM au 02.48.48.54.49



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
Demandeur d'emploi	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	
Salarié du secteur privé ou public.	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
Quel que soit votre âge	Contrat de professionnalisation	Totale des frais pédagogiques Rémunération en fonction de l'âge			Avoir un employeur



BP JEPS « Activités du Cyclisme » 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

Le

Signature du responsable,

Signature du, de la candidat(e)

Cachet de la structure ou de l'entreprise



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

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 des
activités du cyclisme.

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 »
BPJEPS « Activités du Cyclisme » 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 :

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 :**

BPJEPS Activités du Cyclisme Mention BMX
Session 2014-2015

Semaines de formation
Tests de sélection
Evaluation(s)

➔ **DATES :**

Du 08 au 12 septembre 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)
Dimanche	Pt déjeuner
	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