

Pour rentrer en formation vous devez :

- Être titulaire de l'une des attestations de formation relative au secourisme suivante :
 - « prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC1) ou « attestation de formation aux Premiers secours » (AFPS) ;
 - « premiers secours en équipe de niveau 1 » (PSE 1) en cours de validité ;
 - « premiers secours en équipe de niveau 2 » (PSE 2) en cours de validité ;
 - « attestation de formation aux gestes et soins d'urgence » (AFGSU) de niveau 1 ou de niveau 2 en cours de validité ;
 - « certificat de sauveteur secouriste du travail (STT) » en cours de validité.

- Être admis en formation ou être titulaire d'une spécialité ou d'une mention du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, du diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport et du diplôme d'Etat supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport ;

- Certificat médical d'aptitude à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives

Durée de la formation :

14/02/2022 au 18/02/2022

19/04/2022 au 22/04/2022

27/06/2022 au 1/07/2022

DOSSIER A RETOURNER COMPLET avant le 7/02/2022

Pour nous joindre ou nous rencontrer :

4 avenue du stade d'eaux vives – 64320 Bizanos

☎ 05 40 03 30 21 / 06 21 05 03 18 - ✉ contact@sps-formations.com

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

Attestations d'assurance :

- responsabilité civile
- individuelle-accident (couvrant les dommages que vous pourriez subir activités sportives, déplacements...)

Ces deux attestations sont à demander à votre compagnie d'assurance. Elles doivent vous couvrir durant les tests et la durée de votre formation.

Certificat médical (modèle joint)

Un CV

Une attestation d'assuré social en cours de validité (*document papier à demander à votre caisse maladie ou téléchargeable sur le site internet www.ameli.fr*)

Un RIB

Une copie de l'attestation de refus ou d'accord d'indemnités Pôle Emploi (si vous êtes inscrit)

Une photocopie du diplôme de formation aux premiers secours (PSC1) ou (PSE1, PSE2 ou SST en cours de validité) (SPS fait partie de l'équipe pédagogique des formateurs PSC1 de l'Ufolep) ; **si vous ne possédez pas le PSC1 contactez-nous.**

Une photocopie du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense pour les français **de moins de 25 ans.**

2 photocopies lisibles soit de la carte nationale d'identité (recto-verso), soit du passeport en cours de validité

Si vous êtes étranger, 2 photocopies de votre titre de séjour en cours de validité

2 photocopies du ou des **diplômes sportifs** ou attestation d'entrée en formation BPJEPS, DE, BE...

1 chèque daté et signé, à l'**ordre de SPS** d'un montant de **50€** pour les frais d'inscription (non remboursable)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

FICHE D'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

PHOTO

PRESENTATION DU CANDIDAT

NOM : Epouse :
Prénoms :
Né(e) le : à : Pau (CP) :
Adresse :
CP : Ville :
Tél : Email :

Les renseignements complémentaires seront inscrits sur Forômes

BPJEPS DEJEPS DESJEPS Certificat Complémentaire

CS AMAP

ORGANISME DE FORMATION : **SPORT PERFORMANCE SANTE**



4 avenue du stade d'eau vives – 64320 Bizanos

☎ 05 40 03 30 21 / 06 21 05 03 18

✉ contact@sps-ecoledusport.fr

Cadre réservé à SPS

Qualifications obtenues donnant droit à une dispense ou équivalence :

Diplômes scolaires et universitaires :

.....
.....

Diplômes dans le domaine de l'encadrement des activités socio-culturelles ou sportives :

.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Téléphone : Lien de parenté :

Pathologies :

NIVEAU D'ETUDE OU DE FORMATION**Diplômes sportifs et/ou d'animation obtenus (BP, BE, BAFA, BF) :**.....
.....

Diplôme	Spécialité		
Niveau V : Brevet des collèges, CAP, BEP (2)		<input type="checkbox"/> diplôme acquis	<input type="checkbox"/> niveau atteint
Niveau IV : Baccalauréat, Bac Pro, BP...		<input type="checkbox"/> diplôme acquis	<input type="checkbox"/> niveau atteint
Niveau III : DEUG / DUT		<input type="checkbox"/> diplôme acquis	<input type="checkbox"/> niveau atteint
Niveau II : Licence		<input type="checkbox"/> diplôme acquis	<input type="checkbox"/> niveau atteint
Niveau I : Master, DESS, Doctorat		<input type="checkbox"/> diplôme acquis	<input type="checkbox"/> niveau atteint
Autre		<input type="checkbox"/> diplôme acquis	<input type="checkbox"/> niveau atteint

SITUATION PROFESSIONNELLE/AUTRE Salarié(e) : CDI CDD Travailleur indépendant Inscrit au Pôle Emploi depuis le..... N°identifiant (7 chiffres 1 lettre) :**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Prise en charge supposée de la formation (plusieurs réponses possibles) :

 Employeur ou OPCO Club, Fédération, Asso Pôle Emploi, C. Régional Autofinancement

ENTREPRISE

La formation nécessite d'avoir une entreprise (association,...) pour le stage pratique :

Nom de l'entreprise ou association :

Adresse postale:.....

Téléphone de l'entreprise :

Mail :@.....

Nom du responsable de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise ou association :

Nom et qualification du tuteur (cf instruction n° 02-170 JS, le tuteur doit être titulaire d'une qualification d'un niveau au minimum égal à celui du brevet professionnel dans la spécialité visée ou avoir une expérience professionnelle ou bénévole minimale de **trois ans** dans l'activité en rapport avec la spécialité concernée)

Nom du tuteur :

N° de téléphone du tuteur :

Email :@.....

Diplôme du tuteur :

MA CANDIDATURE

Je soussigné(e) Mme-M. :

Certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus, et présente ma candidature pour

La formation qui se déroulera sur Bizanos et ses alentours du 14/02/2022 au 1/7/2022 pour un total de 105 heures en centre de formation et 35 heures en entreprise.

Fait à : Le :

Signature du candidat :

(La loi rend passible d'amende et emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-7 du Code Pénal.)

CERTIFICAT MEDICAL

(de moins de 3 mois au début de la formation)

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1)

NOM :

Prénom :

Et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives

Fait à le

Cachet et signature du praticien