

DOSSIER D'INSCRIPTION ANNÉE 2023-24

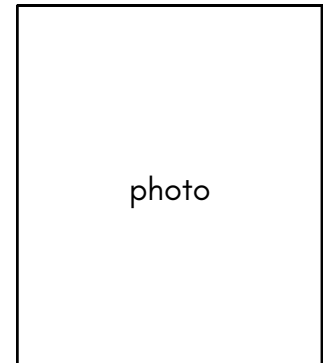
Civilité :

Nom :

Prénom :

Téléphone : / / / /

Email :



ÉTAT CIVIL

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Pays de naissance :

Lieu de naissance :

Code postal du lieu de naissance :

Numéro INE :

Le numéro INE est un identifiant national étudiant composé de 11 caractères.

*Merci de compléter les
informations via
le QR code
ci-dessous!*



RESPONSABLE LÉGAL

(Pour les mineurs)

Civilité :

Titre (rayer les mentions inutiles) : Père / Mère / Tutelle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : / / / /

Email :



ADRESSE POSTALE

Adresse 1

.....

Adresse 2 :

.....

Ville :

Code Postal :

Pays :

SITUATION ACTUELLE

Situation avant contrat : ☐ Lycéen ☐ Etudiant ☐ Apprenti(e)

☐ Salarié(e) ☐ En recherche d'emploi Autre, précisez :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé (obtenu ou non) :

.....

Dernière classe / année suivie :

Diplôme ou titre le + élevé (obtenu) :

Travailleur handicapé : Oui ☐ Non ☐

Permis B : Oui ☐ Non ☐

Inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :

Oui ☐ Non ☐

CANDIDATURE

Formation souhaitée

- ☐ BPJEPS APT
- ☐ BPJEPS AF – cours collectifs
- ☐ BPJEPS AF – haltérophilie musculation
- ☐ BPJEPS Basketball
- ☐ BPJEPS AAN
- ☐ CPJEPS AAVQ
- ☐ TP CPMS
- ☐ TP EAA

☐ CC AIPSH

☐ CC DACM

☐ UCC VTT

Statut souhaité

- ☐ Contrat d'apprentissage
- ☐ Contrat de professionnalisation
- ☐ Financement personnel
- ☐ Mobilisation du CPF
- ☐ Financement Pôle Emploi
- ☐ Transition professionnelle

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Numéro de sécurité sociale :

Caisse d'affiliation : Sécurité sociale URSSAF ☐ MSA ☐

STRUCTURE D'ALTERNANCE

Avez-vous trouvé une entreprise pour réaliser votre alternance?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, merci de préciser ses coordonnées (nom, SIRET, mail, n° de téléphone) :

.....

.....

.....

LE PETIT +

Comment avez-vous connu Jura Sport Formation?

- ☐ Salon d'orientation
 ☐ Bouche à oreilles
☐ Conseillère d'orientation
 ☐ Réseaux sociaux
☐ Internet
 ☐ Autre :

HÉBERGEMENT CAP MAURIANA



Jura Sport Formation dispose d'un centre d'hébergement à Moirans-en-Montagne appelé Cap Mauriana. **Pour les candidats souhaitant se former sur le site de Moirans-en-Montagne, pensez-vous loger à Cap Mauriana sur vos semaines de formation?**

Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas encore ☐



DOSSIER À ENVOYER / DÉPOSER À :

Jura Sport Formation
85 Avenue de Saint-Claude
39260 Moirans-en-Montagne



**ATTENTION : TOUT DOSSIER
INCOMPLET NE SERA PAS
TRAITÉ.**

**DATE LIMITE DE DEPÔT DES
DOSSIERS : 1 AOÛT 2023**



NOUS CONTACTER

03 84 33 48 72

Responsable administratif

Kévin Nyamba
07 85 63 50 49
knyamba@js-formation.fr

RÉSEAUX SOCIAUX

Facebook, Instagram & LinkedIn
JURA SPORT FORMATION



FRAIS D'INSCRIPTION

Je soussigné(e),

Déclare vouloir m'inscrire en formation :

☐ **BPJEPS Activités Physiques pour Tous (BPJEPS APT) 170€ (90€ si que les tests)**

☐ **BPJEPS Activités de la Forme 170€ (90€ si que les tests)**

Cours Collectifs (BPJEPS AF - CC)

☐ **BPJEPS Activités de la forme 170€ (90€ si que les tests)**

Haltérophilie Musculation (BPJEPS AF - HM)

☐ **BPJEPS Basketball 90€**

☐ **BPJEPS Activités Aquatiques et de la Natation (BPJEPS AAN) 90€**

☐ **CPJEPS Animation et Activités de la vie Quotidienne (CPJEPS AAVQ) 90€**

☐ **TP Chargé(e) de Promotion et Marketing Sportif (TP CPMS) 125€**

☐ **TP Employé Administratif et d'Accueil (TP EAA) 125€**

☐ **UCC Vélo Tout Terrain (UCC VTT) 90€**

☐ **CC Directeur Accueil Collectif de Mineurs (CC DACM) 90€**

☐ **CC Accompagnement et Inclusion des Personnes en Situations de Handicap (CC AIPSH) 90€**

Mode de paiement :

☐ Chèque (ordre Jura Sport Formation)
(envoi à l'adresse postale en bas de page)

☐ Espèces

☐ Virement (RIB au verso)

Fait à, le

Signature



DATES TEP / TESTS 2023-2024



Pour information, il est tout à fait possible de passer les TEP et les tests sur un site pour se former sur un autre.

SITE DE MOIRANS-EN-MONTAGNE

	TEP	TESTS	Cocher la date souhaitée
BPJEPS APT	Lundi 26/06/2023	Lundi 26/06/2023	
	Mardi 12/09/2023	Mardi 12/09/2023	
BPJEPS AF	Mardi 27/06/2023	Mardi 27/06/2023	
	Mardi 22/08/2023	Mardi 22/08/2023	
	Jeudi 07/09/2023	Jeudi 07/09/2023	
CPJEPS AAVQ		Mardi 29/08/2023	
TP CPMS		Lundi 28/08/2023	
		Vendredi 01/09/2023	
DE TRIATHLON		Vendredi 25/08/2023	
CC AIPSH		Mardi 14/11/2023	
UCC VTT		Vendredi 07/04/2023	
CC DACM		Jeudi 25/04/2023	

SITE DE LONS-LE-SAUNIER

	TEP	TESTS	Cocher la date souhaitée
BPJEPS APT	Mardi 12/09/2023	Mardi 12/09/2023	
BPJEPS BASKET		Lundi 21/08/2023	
BPJEPS AAN		Mercredi 23/08/2023	

SITE DE DOLE

	TEP	TESTS	Cocher la date souhaitée
BPJEPS APT	Vendredi 25/08/2023	Vendredi 25/08/2023	
BPJEPS AF	Jeudi 24/08/2023	Jeudi 24/08/2023	
CPJEPS AAVQ		Lundi 28/08/2023	
TP EAA		Mardi 29/08/2023	

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE	
Identifiant national de compte bancaire - RIB	
Banque 10278	Guichet 01004
N° compte 00020735801	Clé 95
Devise EUR	
Identifiant international de compte bancaire	
IBAN (International Bank Account Number) FR76 1027 8010 0400 0207 3580 195	
BIC (Bank Identifier Code) CMCIFR2A	
Domiciliation CCM STRASBOURG NEUDORF 97 ROUTE DU POLYGONE 67100 STRASBOURG ☎33390416518	Titulaire du compte (Account Owner) HAUT JURA SPORT FORMATION CHEZ MR JF CHARNAY 17 RUE DU BOURG DESSUS 39170 LAVANS LES ST CLAUDE
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.	
PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ	

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

CC DIRECTEUR ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS

- ☐ **Certificat médical de non contre-indication** à la pratique et à l'encadrement CC DIRECTEUR ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS datant de moins d'un an à l'entrée en formation, **établi conformément au modèle en pièce jointe.**

Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport ou par la Fédération française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager, le cas échéant, les tests d'exigences préalables selon la certification visée.

- ☐ Attestation d'une expérience d'animation de mineurs, dont une au moins en accueil collectif de mineurs, d'une durée totale de 28 jours dans les 5 ans qui précèdent l'entrée en formation, au moyen d'une attestation délivrée par la ou les structures d'accueil.
- ☐ Attestation de formation à la « Prévention et Secours Civiques de niveau 1 » (PSC1) ou titre équivalent.
- ☐ Photocopie de l'attestation de participation à la Journée Défense et Citoyenneté ou JAPD (pour les moins de 25 ans).
- ☐ Photocopie de l'Attestation de recensement.
- ☐ Extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) (pour les plus de 18 ans) vous pouvez le télécharger sur le site : <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>.
- ☐ La photocopie du diplôme autorisant l'inscription en formation ou une attestation d'inscription à la formation conduisant à ce diplôme (BPJEPS, DEJEPS ou DESJEPS sauf BPJEPS LTP).
- ☐ Curriculum Vitae.
- ☐ Photo d'identité.
- ☐ CNI ou titre de séjour en cours de validité.



CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DU CERTIFICAT COMPLEMENTAIRE D'ACCEUIL COLLECTIF DE MINEURS

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle / Mme / M.

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant l'exercice des activités
pratiquées au cours de la formation préparatoire au diplôme « Certificat Complémentaire d'Accueil
Collectif de mineurs ».

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en main propre
le

A

Signature et cachet du médecin

**ATTESTATION D'EXPÉRIENCES EN
ANIMATION**

**CERTIFICAT COMPLEMENTAIRE
DIRECTION**

ACCUEIL D'UN COLLECTIF DE MINEURS

Je soussigné.e, Mme/M. _____

Agissant en qualité de _____

Pour le compte de la structure _____

Adresse de la structure : _____

Numéro de déclaration d'activité de la structure : _____

Atteste que Mme/M. _____

Intervient ou est intervenu.e en tant que : ☐ Bénévole ☐ Salarié.e

Du _____ au _____

A raison de _____ joursⁱ.

En qualité de _____

Il/elle a une expérience d'animation dans un accueil collectif de mineurs de _____ joursⁱⁱ.

Ses missions principales ont été les suivantes :

Fait à :

Le :

Signature :

ⁱ Une expérience de 28 jours minimum est requise.

ⁱⁱ Une expérience de 5 jours minimum sur les 28 jours est requise.

**ATTESTATION DE FONCTION DE
DIRECTION**

**CERTIFICAT COMPLEMENTAIRE
DIRECTION ACCUEIL D'UN COLLECTIF DE
MINEURS**

Je soussigné.e, Mme/M. _____

Agissant en qualité de _____

Pour le compte de la structure _____

Adresse de la structure : _____

Numéro de déclaration d'activité de la structure : _____

Atteste que Mme/M. _____

A réalisé les fonctions de direction d'un accueil collectif de mineurs déclaré,

Du _____ au _____

A raison de _____ joursⁱ.

Fait à :

Le :

Signature :

ⁱ Une expérience de 18 jours minimum est requise.