



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**FORMATION BPJEPS MAPST**  
**SESSION 2026/2027**

Je soussigné(e)

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Homme  Femme  Téléphone \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Dép. : \_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Êtes-vous en situation de handicap ? (Question facultative – uniquement pour adapter l'accueil et les conditions de participation)

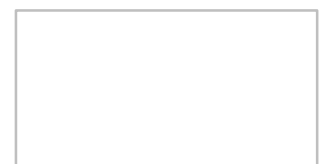
Oui

Non

Sollicite mon inscription à la formation BPJEPS MAPST au Centre National de Formation Grand Est  
by ASPTT.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du candidat



## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

- La demande d'inscription à la formation signée avec une photo collée dans l'encart réservé
  
- 1 photocopie d'une pièce d'identité **en cours de validité**  
(Carte nationale d'identité, livret de famille, passeport, extrait d'acte de naissance)
  
- 1 photocopie 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 **(SST)** » en cours de validité
  
- Pour les candidat(e)s âgé(e)s de moins de 25 ans, une photocopie de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté
  
- Un certificat médical de non contre-indication de la pratique des « activités physiques pour tous » **datant de moins d'un an** à la date d'entrée en formation
  
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile
  
- Une attestation de droit à la sécurité sociale

\* L'attestation délivrée à la fin du module pratique de secourisme passé lors de la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) n'a pas l'équivalence du P.S.C. 1

## VOTRE SITUATION

### Diplômes académiques obtenus

Cocher la case correspondante :

- Brevet des Collèges
- CAP ou BEP : Préciser \_\_\_\_\_
- Baccalauréat : Préciser \_\_\_\_\_
- Bac +2 : Préciser \_\_\_\_\_
- Bac +3 et + : Préciser \_\_\_\_\_
- Autres diplômes : \_\_\_\_\_

### Diplômes obtenus dans le champ de l'animation et du sport

Cocher la (les) case(s) correspondante(s)

- |                                                            |                                                  |                                  |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BAFA                              | <input type="checkbox"/> BAFD                    | <input type="checkbox"/> BAPAAT  |
| <input type="checkbox"/> BNSSA                             | <input type="checkbox"/> Surveillant de baignade | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> BEES 1 <sup>er</sup> degré Option | <input type="checkbox"/> BPJEPS Mention          |                                  |
| <input type="checkbox"/> Diplômes fédéraux :               |                                                  |                                  |

### Votre situation vis-à-vis de l'emploi

- Sans emploi
- Inscrit à Pôle emploi Numéro identifiant :
- Contact Mission locale :
- Salarié → Type de contrat :  CDD     CDI     CAE     Contrat de professionnalisation  
 Autre :
- Étudiant → Établissement :  
Niveau du diplôme :
- Autre situation  
: Préciser :

## VOTRE EXPERIENCE DANS LE CHAMP SPORTIF ET D'ANIMATION

Vous êtes licencié dans un club  Oui  Non

- Si oui, nom du club et ville : \_\_\_\_\_

Vous êtes athlète de haut niveau  Oui  Non

- Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Vous avez une expérience d'animation  Oui  Non

- Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Pratiques sportives :

- sport pratiqué \_\_\_\_\_ / fréquence : \_\_\_\_\_

- sport pratiqué \_\_\_\_\_ / fréquence : \_\_\_\_\_

- sport pratiqué \_\_\_\_\_ / fréquence : \_\_\_\_\_

- Pratique actuelle \_\_\_\_\_ / fréquence : \_\_\_\_\_

- Pratique actuelle \_\_\_\_\_ / fréquence : \_\_\_\_\_

## VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

## VOTRE STRUCTURE D'ALTERNANCE

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

Et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques pour tous.

Fait à

Le

Signature et cachet obligatoire