



1, rue du Docteur le Savoureux
92291 – CHÂTENAY-MALABRY Cedex
☎ : 01 41 87 20 30 – 📠 : 01 41 13 93 07

Email : formation-escrime@creps-idf.fr

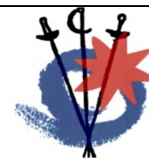
www.creps-idf.fr

PHOTO
D'IDENTITÉ
A COLLER



Date limite de retour du dossier : **10 septembre 2015**

ATTENTION : les pièces manquantes ne seront pas réclamées.
Les dossiers incomplets ou hors délai seront classés sans suite
et la demande d'inscription ne sera pas retenue



BREVET PROFESSIONNEL JEPS SPÉCIALITE « ESCRIME »

Exigences préalables à l'entrée en formation : 19 octobre 2015

Test de Sélection : 19 octobre 2015

Positionnement : 19 octobre 2015

Formation* : du 20 octobre 2015 au 03 juin 2016

** sous réserve de l'habilitation de la DRJSCS d'Île-de-France*

➤ Je soussigné(e) **NOM** : _____ **Nom de jeune fille** : _____

Prénom(s) : _____ **Sexe** : M F

Date de naissance : ___/___/___ **Lieu de naissance** : _____

Département ou pays : _____ **Nationalité** : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville** : _____

Tél. personnel : _____ **Portable** : _____

Mail (Écrire lisiblement) : _____ @ _____

Profession (nom, adresse et téléphone de l'employeur actuel) : _____

Réservé au secrétariat
de la formation

Dossier arrivé le (cachet) :

➤ **JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR** l'exactitude des renseignements fournis

Fait à : _____, le ___/___/2015

Signature

Conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, il est prévu que les informations nominatives recueillies sur le présent formulaire revêtent un caractère obligatoire pour l'inscription aux Brevets Professionnels de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport. Ces informations ne peuvent être communiquées qu'à l'administration centrale et aux services déconcentrés du Ministère en charge des Sports ; il existe un droit d'accès et de rectification qui s'exerce soit à l'administration centrale du Ministère, soit auprès de ses services déconcentrés.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

NOM : _____ PRÉNOM : _____ AGE : _____

VOTRE SITUATION AU REGARD DES ÉTUDES

Dernière classe fréquentée :

Date :

Dernier diplôme obtenu :

Date :

VOTRE PARCOURS DE FORMATION

Avez-vous suivi d'autres formations ?

OUI

NON

La(es)quelle(s) ?

-

-

Quels sont les autres diplômes que vous possédez ?

-

-

-

Pourquoi avez-vous décidé de passer votre BPJEPS escrime ?

Comment avez-vous eu connaissance de la formation au CREPS ?

Par la FFE

Par la ligue ou le comité régional

Par internet

Par des amis (bouche à oreille)

Autre (précisez)

VOTRE SITUATION AU REGARD DU SPORT

Pratiquez-vous régulièrement l'escrime ?

OUI

NON

Si oui, quelle arme ou quelle discipline ? (*précisez loisirs ou compétition*)

-

-

-

Êtes-vous licencié(e) dans un club ?

OUI

NON

Si oui, lequel ?

-

Quel est votre niveau de pratique ?

Régional

National

International

VOTRE IMPLICATION DANS UNE ASSOCIATION

Exercez-vous une responsabilité au sein d'une association ? OUI NON

Laquelle ?
.....

Nom du responsable, adresse et tel **de la structure** :
.....
.....

Possédez-vous le diplôme d'éducateur fédéral ? OUI NON

Possédez-vous d'autres diplômes (arbitre, autre) ? OUI NON

Le(s)quel(s) ?
-
-
-

Avez-vous déjà enseigné l'escrime ?

OUI NON

Si oui, où et auprès de qui ?
-
-
-

A titre bénévole ? OUI NON


A titre professionnel (rémunéré) ? OUI NON

Auprès de quel public ?


| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Petite enfance (4-6 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfance (7-11 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pré-adolescents et/ou adolescents (12-18 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adultes (19-59 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeunes retraités et retraités (60 ans et +) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personnes handicapées physiques et/ou mentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RENSEIGNEMENTS EN CAS D'ACCIDENT

Nom et prénom de la première personne à contacter en cas d'accident :

.....
..... 

Nom et prénom d'une seconde personne à contacter en cas d'accident :

.....
..... 

CERTIFICAT MÉDICAL
(daté de moins de 3 mois au jour du test)

CERTIFICAT MÉDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation au BPJEPS ESCRIME

Je soussigné(e), _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme/Mlle

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement de l'escrime.

Fait à _____

le ____ / ____ / ____

Cachet du Médecin

Signature du Médecin

FICHE FINANCIERE ET STATUTAIRE

1 - VOTRE STATUT AU REGARD DE L'EMPLOI

- **Vous êtes salarié(e)**

Profession : _____

Raison sociale et adresse (de l'employeur) _____

Qualité du responsable : _____

Type de contrat : _____

Date de début : _____ Date de fin : _____

Vous devez avoir l'accord de votre employeur pour suivre la formation si elle est prise sur votre temps de travail.

- **Vous êtes demandeur d'emploi**

Inscrit au Pôle Emploi oui non

Bénéficiez-vous de l'ARE (allocation de retour à l'emploi) oui non

Date de fin de droit : _____

- **Autre situation :**

Travailleur indépendant Congé parental Autre

2 - FINANCEMENT DE LA FORMATION

Pour plus d'information sur les financements possibles, vous référer au document « le financement de la formation » mis en ligne sur le site du CREPS IDF – onglet « formation » : <http://www.creps-idf.fr>

Vous envisagez de financer votre formation :

- dans le **cadre d'un Congé Individuel de Formation**
Prise en charge auprès du FONGECIF ou autre OPCA
- dans le **cadre d'un contrat ou d'une période de professionnalisation**
Prise en charge auprès d'un OPCA (FAFSEA, AGEFOS PME, UNIFORMATION, etc...)
- via un **club, fédération, association** ... qui prend en charge tout ou partie des frais pédagogiques.
Joindre impérativement l'attestation de prise en charge jointe au dossier
- en tant que **demandeur d'emploi** : Fournir tout justificatif de démarche en cours
 - via une convention avec Pôle Emploi
 - via un Chéquier Qualifiant
- par un **autre organisme** (CAF, Conseil Général), intitulé :
Joindre le justificatif de la prise en charge ou des démarches en cours
- **Vous prenez en charge à titre individuel** les frais pédagogiques de la formation
 - En totalité partiellement

Renseignements complémentaires :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Ce document est à remettre dans le dossier d'inscription du stagiaire ou au plus tard avant le démarrage de la formation. En cas de non remise dans les délais impartis, la facture sera adressée au stagiaire.

Je soussigné(e) (Nom Prénom du responsable de la structure)

Statut du signataire :

Nom de la structure (employeur, collectivité, association, autre...) :

Adresse complète :

Téléphone : fax :

Courriel :@.....

Atteste que Mme, Mlle, M.

candidat(e) aux tests de sélection permettant l'entrée à la formation BP JEPS ESCRIME dispensée au CREPS IDF « Colette BESSON » aux dates suivantes :

Positionnement le 19 octobre 2015

Formation du 20 octobre 2015 au 31 mai 2016

sera pris en charge :

- Intégralement soit **1 425.90 €** pour une durée de 293 heures
(hors allègement ou renforcement prescrit à la suite du positionnement)
Formation en centre : 147 heures à 9.70 €/h soit : **1 425.90 €**

ou :

- Partiellement à hauteur de Euros

par

- La structure

- Un OPCA : nom de l'OPCA :
(joindre les justificatifs en votre possession)

Fait à le/...../2015

Fait pour valoir ce que de droit.

| | | |
|--------------------------------|-----------------|--|
| Nom : | Prénom : | Signature et cachet obligatoire |
| Qualité du signataire : | | |

LA FORMATION EN ENTREPRISE
(Renseigner et faire viser par les personnes concernées)

NOM du candidat : **PRÉNOM** : **Âge** :

1 - STRUCTURE AU SEIN DE LAQUELLE VOUS ENVISAGEZ D'EFFECTUER VOTRE TEMPS DE FORMATION EN ALTERNANCE

| | |
|--|---|
| Dénomination : Statut : | Domaine d'activité : Nombre d'années d'existence : |
| Adresse : CP.....VILLE..... Téléphone : Fax : Email : | Responsable de la structure : Fonction : Téléphone : Fax : Email : |

2 – LE TUTEUR ENVISAGÉ

| | |
|--|--|
| NOM : | Prénom : |
| Adresse : CP.....VILLE..... Téléphone : Fax : Email : | Diplôme sportif en lien avec le métier :..... (Joindre obligatoirement une copie de ce diplôme) Expérience en encadrement de l'escrime : Fonction actuelle : |

3 - L'ACTIVITÉ DU STAGIAIRE

Les activités qui doivent être proposées au stagiaire :

- ❶ Encadrement de différents publics jusqu'au 1^{er} niveau de compétition régionale
- ❷ Mise en place d'un projet en escrime
- ❸ Animation en escrime d'activités diversifiées: (Baby, Fitness escrime, escrime scolaire, personne handicapée...)

2 catégories de public au minimum obligatoires à encadrer (Enfants - Adolescents - Adultes - Seniors) :

❶ ❷

❸ ❹

Lieu(x) des interventions :

Participation prévue au fonctionnement de la structure :

| | |
|---|--|
| <p>Accord sur le principe de l'accueil envisagé du stagiaire</p> <p>Fait à : le : ____/____/____</p> | <p>Cachet et signature du responsable de la structure (nom, prénom, qualité)</p> |
|---|--|

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Signature du candidat

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'INSCRIPTION

1 – Justificatifs indispensables à la constitution du dossier d'inscription aux tests des exigences préalables (TEP) (Attention, conformément au code du sport, le CREPS est tenu de remettre ces justificatifs à la DRJSCS 1 mois avant les TEP. Tout candidat n'ayant pas transmis les documents à temps ne pourra être présenté)

- Copie de l'attestation de formation aux premiers secours (PSC1, AFPS ou SST recto-verso indiquant la date de validité). **Aucun autre diplôme de secourisme n'est accepté.**
- Pour les candidats de nationalité française, copie de la **carte nationale d'identité** ou pour les candidats de nationalité étrangère, copie du **passeport accompagné de la carte de séjour** (ou son récépissé) valide
- Certificat médical** de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement du sport concerné, daté de moins de trois mois (Utiliser le modèle joint uniquement)
- Pour les 18 à 25 ans : photocopie du **certificat individuel de participation à la « Journée Défense et Citoyenneté »** (JDC) également appelée «**Journée d'Appel de Préparation à la Défense** » (JAPD)

2 – Justificatifs nécessaires à la constitution du dossier administratif (tests de sélection + entrée en formation)

- 2 photos (format 4 x 5 cm) avec le nom, prénom et formation au dos, dont une collée en haut à droite du dossier d'inscription
- 2 enveloppes longues (22 x 11 cm) autocollantes **timbrées au tarif prioritaire en vigueur pour 20g** et libellées à vos nom et adresse
- Les documents qui justifient l'obtention de vos autres diplômes
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile en cours de validité (à se procurer auprès de votre compagnie d'assurance habitation ou véhicule)
- Une attestation d'affiliation à la sécurité sociale valide

3 – Justificatifs pouvant être remis, au plus tard, le jour des tests de sélection

- Photocopie du **Brevet Fédéral « d'Educateur »** délivré par la Fédération Française d'Escrime.
- Les documents qui permettent de justifier de votre financement
- La fiche alternance