

# DOSSIER D'INSCRIPTION

---

## FORMATION **BPJEPS** Éducateur sportif

Mention : Boxe - Sports de contact &  
DA - Hockey sur gazon ou Ski nautique

**3 juin 2024 - 5 décembre 2024**

**E-learning**

**UC1 - UC2**

**2024**

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### BPJEPS « ÉDUCATEUR SPORTIF » E-learning

Du 03/06/2024 au 05/12/2024

#### Mention à choisir :

BOXE

SPORTS DE CONTACT

HOCKEY SUR GAZON

SKI NAUTIQUE

*\*Cochez la mention choisie*

**Formation exclusivement réservée aux titulaires d'un diplôme fédéral dispensant des UC3-UC4 dans la mention**

**Dossier à retourner avant le : 17 mai 2024**

A l'attention de : **SARL CHALLENGES ACADÉMIA**  
**Antenne administrative**  
**9 Impasse La Croix**  
**39 600 VILLETTE LES ARBOIS**

#### État Civil

Mme, M. : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Situation familiale : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Mobile : .....

E-Mail : .....

Êtes-vous en situation de handicap :  Oui  Non

Si oui, avez-vous la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :  Oui  Non

**Code partenaire (facultatif) :** ..... **ARTDEBOXER** .....

## Situation professionnelle actuelle

En activité

Sans emploi

Nom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Emploi occupé : .....

Mission(s) : .....

## Diplômes obtenus (scolaires, universitaires ou sportif)

INTITULÉ DU DIPLOME	ANNÉE D'OBTENTION/LIEU

## Expériences professionnelles et/ou bénévoles

EMPLOYEUR	ANNÉE	MISSIONS

## Expériences sportives

Pour la mention :

- Fédération : .....
- Club d'appartenance : .....
- Nombre d'année(s) de pratique .....

## Informations relatives aux procédures de financement

- **CPF** : Les démarches doivent être effectuées en amont de l'entrée en formation.
- **France Travail** : Les démarches doivent être effectuées au moins 25 jours avant l'entrée en formation auprès de votre conseiller(ère)
- **Financement personnel** : Règlement possible en plusieurs fois

Pour toute question sur le financement de votre formation, merci de contacter votre référente administrative (voir coordonnées page suivante)

### Cocher et remplir les cases correspondantes

TYPE		REFERENCES	MONTANT
	<b>CPF</b>	Démarche à réaliser sur le site <a href="http://moncompteformation.gouv.fr">moncompteformation.gouv.fr</a>	
	<b>FRANCE TRAVAIL</b> (EX PÔLE EMPLOI)	IDENTIFIANT FRANCE TRAVAIL : ..... CODE RÉGION FRANCE TRAVAIL : .....	
	<b>PERSONNEL</b>	<input type="checkbox"/> Prélèvement (mandat SEPA à remplir voir annexe) <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Chèque (à joindre)	
	<b>STRUCTURE</b>		
	<b>AUTRE</b> (Préciser)		

## Structure d'accueil envisagée pour la période de stage

STRUCTURE			
NOM			
SIRET			
NOM DU DIRIGEANT			
ADRESSE POSTALE	Adresse :	Code postal :	Ville :
MAIL			
TÉLÉPHONE			

### IMPORTANT

- Le tuteur doit impérativement être titulaire du diplôme (équivalent ou supérieur) dans la mention choisie par le stagiaire.
- Le tuteur doit être titulaire d'une carte professionnelle en cours de validité.
- **Ces deux documents (diplôme et carte professionnelle) sont à joindre **obligatoirement** au dossier d'inscription**

TUTEUR	
NOM	
Prénom	
DIPLÔME DU TUTEUR	Intitulé : Date :
CARTE PROFESSIONNELLE	N° : Valide jusqu'au :
MAIL	
TÉLÉPHONE	

## Pièces à joindre au dossier

Un dossier d'inscription incomplet ne sera pas pris en compte

- Une photocopie de votre **pièce d'identité recto/verso** en cours de validité
- Un **certificat médical** mentionnant votre aptitude à la pratique et à l'enseignement de la mention choisie (**annexe 1 ci-dessous**)
- La copie des diplômes dispensant des UC1-UC2 (Prévôt, BMF2, BMF3...)
- L'Attestation de Formation à la Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1), PSE1, PSE2, SST ou AFGSU en cours de validité.
- La copie de **l'attestation de recensement** ou du **certificat individuel à l'appel de préparation à la défense** (JAPD ou JDC) pour les français de moins de 25 ans
- Le diplôme et carte professionnelle du tuteur en cours de validité
- Le justificatif de financement (si possible)
- Une photo d'identité
- Si concerné, le document attestant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- Si concerné, le mandat de prélèvement accompagné d'un RIB

**RAPPEL** : Toute personne souhaitant s'inscrire en formation doit s'assurer d'être en conformité avec l'article L212-9 du Code du Sport (conditions d'honorabilité)

## Entrée et fin de formation

Date d'entrée en formation : le 03/06/2024

Date de fin de formation : le 05/12/2024

## Le positionnement des candidats

Le positionnement est une étape **obligatoire** pour l'entrée en formation. Vous recevrez une convocation vous indiquant votre date et heure de passage.

Dates : le 03 et 04 juin 2024 – Entretien en visioconférence

## Protection des données (RGPD)

La SARL Challenges Académia dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les données personnelles des stagiaires inscrits (es) au sein de son organisme de formation. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service administratif de la SARL Challenges Académia, [secretariat@challengesacademia.com](mailto:secretariat@challengesacademia.com). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant à l'exception des mentions obligatoires relevant des dispositifs règlementaires de formation.

---

J'ACCEPTÉ\* EXPLICITEMENT L'UTILISATION DE MES COORDONNÉES AFIN D'ÊTRE RECONTACTÉ (E) AU SUJET DE MA DEMANDE EXPRIMÉE À TRAVERS CE FORMULAIRE. LES DONNÉES SERONT STOCKÉES LE TEMPS DE LEUR TRAITEMENT ET POUR UNE DURÉE MAXIMALE DE 3 ANS.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données pour le traitement des demandes exprimées. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées exclusivement aux équipes de Challenges Académia, et ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous sollicitant via ce même formulaire.

\*Cocher la case pour accepter

**Nom et mention « Lu et approuvé » :**

---

Droit à l'image : J'accepte l'utilisation de mon image pour toutes communications en lien avec la formation BPJEPS.

**Nom et mention « Lu et approuvé » :**

---

### Contact d'inscription :

Pôle sport - [sport@challengesacademia.com](mailto:sport@challengesacademia.com) – 07 49 97 95 19

### Adressez votre dossier complet :

#### PAR MAIL

Pôle sport  
[sport@challengesacademia.com](mailto:sport@challengesacademia.com)

OU

#### PAR COURRIER

SARL CHALLENGES ACADÉMIA  
Antenne administrative  
9 Impasse La Croix  
39 600 VILLETTE LES ARBOIS

**BPJEPS**  
**SPÉCIALITÉ : ÉDUCATEUR SPORTIF**  
**MENTION : .....**

**CERTIFICAT MÉDICAL TYPE**  
(Modèle de CM imposé par le code du sport)

Pour être valable : ce certificat doit être délivré moins de 1 an avant la date d'entrée en formation

Examen médical approfondi et spécifique réalisé par un médecin devant posséder des qualifications reconnues par l'ordre ainsi que des diplômes nationaux ou d'université précisés par le règlement préparé par la commission médical de à la fédération sportive concernée, adopté par le comité directeur de la fédération ou, le cas échéant, par le conseil fédéral et approuvé par le ministre chargé des sports.

(Arrêté du 28 avril 2000 fixant la liste des disciplines sportives pour lesquelles un examen médical approfondi est nécessaire en application de l'article 5 de la loi n°99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage).

Je soussigné(e)....., Docteur en médecine, certifie avoir réalisé un examen approfondi et spécifique en **date** du ..... de Mme ou M. ....  
né(e) le..... .

Et n'avoir constaté qu'elle (il) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement de la discipline :

(1) **Boxe – Sports de contact & DA - Hockey sur gazon – Ski nautique**

(1) *Rayer les mentions inutiles*

Observations :

.....  
.....  
.....

Signature et Cachet du Médecin







## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

### Créancier : SARL CHALLENGES ACADEMIA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SARL CHALLENGES ACADEMIA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque conformément aux instructions de SARL CHALLENGES ACADEMIA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**Nom du créancier :** SARL CHALLENGES ACADEMIA

**Identifiant du créancier :** FR28ZZZ891C84

**Adresse du créancier :** 149 avenue du Maine 75014 PARIS

**Pays du créancier :** France

**Votre NOM :** .....

**Votre Prénom :** .....

### Vos coordonnées bancaires :

**IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire**

FR.....

**BIC - Code international d'identification de votre banque**

.....

**Type de paiement :**  Paiement en plusieurs fois  Paiement unique

**Date de prélèvement souhaité :**  5  15  30 du mois

**MERCI DE JOINDRE UN RIB**

**Date :**

**Signature :**

