

Brevet Professionnel de l'Education Populaire et du Sport
Certificat Complémentaire de Direction
d'un Accueil Collectif de Mineurs (CCD ACM)

Je suis candidat(e) à la formation CCD ACM

Dates 13/03 AU 30/11/23

Lieu de formation : CAMPUS LEO LAGRANGE 33 avenue du Docteur G.Levy, 69200 VENISSIEUX

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse

N° : Rue :

Code Postal : Ville :

Tel domicile : Mobile :

Votre Mail :

Nationalité :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Joindre
3
Photos

Je suis en situation de handicap : Oui non

Je souhaite être contacté.e par le.la référent.e handicap de Campus LL : Oui non

Pièces à nous transmettre

Exigences préalables à toutes inscriptions (article 8 décret du 31 août 2001)

- Etre titulaire d'un BPJEPS, DEJEPS, DESJEPS
- PSC1(de moins de 2 ans) ou SST
- Justifier d'une expérience d'animation de mineurs de 28 jours minimum, dont au moins une expérience en ACM - joindre une attestation employeur

Nom/Prénom du tuteur /de la tutrice:

Fonction :

**Dossier à rendre au plus tard le 18 janvier 2023
Tout dossier incomplet sera irrecevable.**

Les modalités de financement de votre formation

(Cochez la case correspondante)

Votre formation est prise en charge par l'employeur (*Plan de Formation Employeur*)

Nom et adresse de votre employeur :

.....

Nom de la personne à contacter :

Sa fonction :

Votre formation est prise en charge dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation (*CIF*)

Préciser le nom de l'organisme :

Vous recherchez un employeur

Autres cas

Précisez :

.....

.....

.....

Fait à :

le :

Signature du/de la candidate

En cas de prise en charge par l'employeur :

Nom/Prénom/Fonction du signataire :

Signature et tampon :