

DOSSIER DE CANDIDATURE 2018

- Accès à la qualification aux métiers de l'animation sportive -PIC
Du 1 octobre 2018 au 31 décembre 2018

INFORMATION CONCERNANT LE (LA) CANDIDAT(E) :

Nom et Prénom _____ Sexe _____

Nom de jeune fille _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

☎ _____ ① _____

Mél : _____ @ _____

Date et Lieu de Naissance _____

Nationalité _____

N° SS _____

Personne à prévenir en cas d'urgence _____

Coordonnées téléphoniques _____

Dernier établissement Niveau scolaire _____

Dernière Classe _____ Date de Sortie _____

Diplômes obtenus et Date d'obtention _____

**Photo à
coller svp**

Obligatoire

Documents à fournir obligatoirement : (Photocopies)

Dossier à renvoyer à Campus Léo Lagrange – 150 Rue des Poissonniers – 75883 PARIS Cedex 18

Ou vous présenter le jour des sélections avec votre dossier

➤ **Le dossier d'inscription dûment complété :**

- **C.V. (ne pas oublier d'indiquer votre expérience bénévole et / ou professionnelle dans le domaine de l'animation et / ou du sport)**
- **Lettre de motivation (expliquer les raisons qui motivent votre choix de suivre la formation)**
- **Copie carte d'identité (recto/verso) OU copie carte de séjour en cours de validité au 1^{er} jour de la formation.**
- **Copie de diplômes scolaires (BEPC/CAP/BEP) et/ou supérieurs**
- **1 certificat médical de « non contre-indication à la pratique sportive »**
- **1 fiche relais Mission Locale remplie par votre conseiller (uniquement le modèle ci-joint)**
- **1 fiche inscription Pôle Emploi**
- **1 attestation Sécurité sociale en cours de validité**

Diplômes de l'animation :

BAFA théorique Pratique BAFA complet BAPAAT Option :

Diplômes sportifs obtenus : _____

Autre : _____

Etes-vous titulaire de la formation Premiers Secours (PSC1) OUI NON

Dépendez-vous d'une Mission Locale ou PAIO ? Oui Non

Si oui, laquelle ? : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom et prénom de votre conseiller : _____

Mail : _____

Votre situation avant l'entrée en formation :

Etudiant

Demandeur d'emploi Votre numéro d'identifiant : _____

Inscrit à Pôle Emploi Date d'inscription

Si oui êtes-vous indemnisé

Autre situation (préciser)

Connaissez-vous une structure dans laquelle vous souhaitez faire votre alternance ?

Oui

Non

Si oui laquelle ?

Nom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

 _____  _____

Mail : _____  _____

Directeur : _____

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme *

et avoir constaté qu'il / elle * ne présente aucune contre-indication apparente à la
Pratique des activités physiques et sportives.

**Rayer les mentions inutiles.*

Fait à _____ **le** ____ / ____ / _____

Cachet du Médecin Signature du Médecin