



## Dossier d'inscription aux Tests d'exigences préalables (TEP) du BPJEPS Activités de la Forme

Je souhaite m'inscrire au TEP du diplôme du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport Spécialité « Éducateur Sportif » Mention « Activités de la forme » :

1. **VEUILLEZ COCHER LA MENTION SOUHAITEE (un seul choix parmi les 3) :**

- OPTION A « cours collectifs » uniquement.  
 OPTION B « haltérophilie, musculation » uniquement.  
 OPTION A « cours collectifs » et OPTION B « haltérophilie, musculation »

2. **VEUILLEZ COCHER LA SESSION DE TEP RETENUE :**

- SESSION 1 les 23 et 24 juin 2022 à ROYAN (date limite de retour dossier le 23 mai 2022)

3. **FICHE SIGNALÉTIQUE :**

Sexe : Femme  Homme

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .../.../.....Lieu de naissance : .....Dépt. Naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel fixe : ...../...../...../...../...../ Portable ...../...../...../...../...../

Email : .....@.....

Personne à contacter en cas d'urgence.....

Tel fixe : ...../...../...../...../...../ Portable ...../...../...../...../...../

4. **Qualifications obtenues donnant droit à une dispense ou à une équivalence :**

a. ***Vos diplômes scolaires et/ou Universitaires :***

.....  
.....

b. ***Vos diplômes dans le domaine de l'encadrement des activités socioculturelles ou sportives :***

.....  
.....



## 5. LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR (obligatoires) :

**Note importante :**

- **Votre inscription ne sera définitive qu'à réception, avant la date butoir (soit 1 mois avant la date des TEP, le cachet de la poste faisant foi), de l'ensemble des pièces de votre dossier.**
- **Si vous échouez -ou ne vous présentez pas- à une épreuve, vous devrez vous ré-inscrire pour la session suivante.**
- **Notez que les frais d'inscription ne seront pas remboursés dans les situations suivantes :**
  - o Absence sans motif valable le jour des épreuves
  - o Non présentation à l'une des épreuves
  - o Choix personnel de vous présenter à une date ultérieure de session après la validation de votre dossier.
  - o Seuls les motifs impérieux justifiés ci-dessous donneront droit à remboursement :
    - Blessure ou maladie justifiée par un certificat médical transmit, au plus tard, le jour des TEP.

- PIECE D'IDENTITE** : Veuillez joindre une copie RECTO/VERSO d'une pièce d'identité en cours de validité.
- PHOTO D'IDENTITE** : Veuillez joindre votre photo d'identité
- CERTIFICAT MEDICAL** : Veuillez joindre le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (veuillez utiliser le modèle réglementaire joint à ce dossier d'inscription et datant de moins de 1 an)
- ATTESTATION DE PREMIERS SECOURS** : PSC1 ou équivalent
- SI DEMANDE DE DISPENSE ou D'EQUIVALENCE DES TEP** : Veuillez joindre les copies des diplômes ou des justificatifs donnant droit à dispense ou équivalence des TEP.
- POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** : Veuillez joindre l'avis du médecin agréé par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française de Sport Adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap.
- UN CHÈQUE DE 40€ à l'ordre de IRSS SPORT** à envoyer à IRSS SPORT : 48, Boulevard Franck Lamy - 17200 ROYAN

## 6. DROITS À L'IMAGE ET DIFFUSION DES DONNÉES

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, nous vous informons que votre identité, vos résultats d'examen, pourront être diffusés :

- Sur site Internet de la DRAJES de Nouvelle Aquitaine
- Aux organismes de formations habilités.

J'accepte cette mise en ligne

Je n'accepte pas cette mise en ligne

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

Je certifie avoir pris connaissance des différentes modalités d'inscription et conditions d'admission.

<b>Fait à :</b>	<b>Le :</b>	<b>Signature du candidat :</b>
-----------------	-------------	--------------------------------



## CERTIFICAT MEDICAL

### Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du BPJEPS AF option A et B

Je soussigné(e). .....Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle ..... et n'avoir constaté à l'examen clinique aucun signe apparent paraissant contre indiquer la pratique et l'enseignement des activités physiques et sportives.

Au regard de la spécificité et des exigences physiques de la formation qui est proposée, ce sujet présente une intégrité fonctionnelle et satisfaisante dans les domaines suivants :

- État satisfaisant de la colonne lombaire et de la charnière lombo-sacrée (*Pour supporter les épreuves de musculation-squat-développé couché-tractions-etc...*)
- État satisfaisant des épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds ne présentant pas de malformations ou d'interventions chirurgicales pénalisant un travail en amplitude et en force (*Pratique de la musculation intensive, gymnastique, fitness, step, ...*)
- État satisfaisant des systèmes cardiovasculaire et respiratoire.

Fait à

Le ..../..../.....

Cachet du Médecin	Signature du Médecin
-------------------	----------------------

**DEMANDE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE DISPOSITIONS PARTICULIERES POUR LES PERSONNES PRESENTANT UN HANDICAP CANDIDATES A UNE FORMATION BPJEPS**

**Pour tout accompagnement et demandes d'informations, consultez votre organisme de formation**

**1- État civil**

NOM : ..... PRENOM(S) : .....  
EPOUSE : ..... SEXE : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE COMPLETE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TELEPHONE : ..... MAIL : .....

**2- Formation ou diplôme et sportif passés ou obtenus (mentionner l'année d'obtention) :**

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

**3- Formation faisant l'objet de la demande :**

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

**4- Nature de l'aménagement demandé (à définir avec le médecin) \* :**

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

\* A Indiquer précisément. Exemple : 1 palier de moins au test navette, ou -5% des charges en musculation...etc.

**5- Nom et coordonnées du médecin agréé consulté (à remplir par le médecin) :**

Nom : .....

Adresse : .....

Tél : ..... **Accord d'un médecin agréé :  oui  non**

Observations :

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

Date, cachet et signature du Médecin :

**Date et Signature du stagiaire (et de son responsable légal si mineur) :**

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

*\* A Indiquer précisément. Exemple : 1 palier de moins au test navette, ou -5% des charges en musculation...etc.*