

DOSSIER D'INSCRIPTION

AUX TESTS D'EXIGENCES PREALABLES A L'ENTREE EN FORMATION (T.E.P)

BP JESP ACTIVITES DE LA FORME

PROTECTION DES DONNÉES

Les informations collectées par l'EPA Cité de la Formation directement auprès de vous font l'objet d'un traitement ayant pour finalité l'étude de votre candidature. Ces informations sont à destination exclusive de l'EPA Cité de la Formation et seront conservées pendant 1 an.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données: droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre demande au Délégué à la Protection des Données de l'EPA Cité de la Formation par courrier sis 11 à 15 rue Albert Camus 47200 Marmande ou par courriel dpo@citedelaformation.fr

Sous Réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

A – COURS COLLECTIFS

B – HALTEROPHILIE, MUSCULATION

MERCI DE REMPLIR LES CASES EN MAJUSCULES

SEXE

MASCULIN

FEMININ

NOM

NOM DE JEUNE FILLE

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

AGE

VILLE DE NAISSANCE

DEPARTEMENT DE NAISSANCE

PAYS DE NAISSANCE

ADRESSE COMPLETE :

NUMERO DE LA VOIE

LIBELLE DE LA VOIE (rue, avenue, boulevard, lieu-dit, etc...)

NOM DE LA RESIDENCE (s'il y a lieu)

BATIMENT

N° APPARTEMENT

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE PORTABLE

TELEPHONE FIXE

E-MAIL



UNE CONVOCATION VOUS SERA ADRESSEE ULTERIEUREMENT PAR E-MAIL

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

Fait, le (JJ/MM/AAAA) : _____

Signature du candidat

ATTENTION : Ce dossier vaut pour une inscription aux TEP et non pour une inscription en formation.

DATE PROPOSEE POUR LES TEP (1)

CITE DE LA FORMATION-MARMANDE

21-22 août 2025 (Date limite d'inscription 8 août 2025)

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'INSCRIPTION

(Article A212-35 de l'arrêté du 21/12/2015)

Dossier à déposer un mois avant la date de la session de TEP choisie

Tout dossier incomplet ne pourra être traité

- Dossier d'inscription ci-joint dûment complété
- Une photo d'identité
- Être titulaire du PSC1 et fournir le justificatif
- Une photocopie recto-verso de votre carte d'identité ou passeport en cours de validité
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités de la forme (cours collectifs, haltérophilie, musculation) datant de moins de 3 mois

Utilisation obligatoire du modèle de Certificat Médical ci-joint

Le règlement des TEP, à savoir :

- La somme de 50 €: faire 2 chèques, un de 20 € et un de 30 €
à l'ordre du TRESOR PUBLIC

Attention, en cas d'absence lors des TEP, la somme de 20 € ne sera pas remboursable (frais de gestion)

Si le chèque ne mentionne pas votre nom, veuillez indiquer au dos votre Nom et Prénom

- Une attestation d'assurance individuelle ou responsabilité civile couvrant vos accidents personnels, vos activités durant les épreuves de sélection (activités sportives, déplacements, etc...)
- Pour les personnes en situation d'handicap, 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 handicapées
- Qualifications obtenues donnant droit à une dispense ou équivalence (diplômes scolaires et universitaires, diplômes dans le domaine de l'encadrement sportif)

LE DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT ETRE RETOURNER COMPLET PAR COURRIER OU PAR E-MAIL A :

CITE DE LA FORMATION-MARMANDE

Service Formation Continue

11 à 15 rue Albert Camus – BP 205

47205 MARMANDE CEDEX

e-mail : veronique.coquard@citedelaformation.fr

e-mail : elise.maitre@citedelaformation.fr

POUR TOUT COMPLEMENT D'INFORMATIONS

Mme. COQUARD Véronique : 05 53 76 04 12

CERTIFICAT MEDICAL

EXIGE POUR TOUT(E) CANDIDAT(E) AU PASSAGE DES TEP DU BP JEPS ACTIVITES DE LA FORME
OPTION « COURS COLLECTIFS » ET OU OPTION « HALTEROPHILIE, MUSCULATION »

Je soussigné(e), Docteur (nom, prénom) _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

M./Mme/Mlle (nom, prénom) _____ né(e) le ____/____/____/

et n'avoir constaté aucun signe apparent paraissant contre indiquer la pratique et l'enseignement des activités physiques et sportives.

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

- Etat satisfaisant de la colonne lombaire et de la charnière lombo-sacrée (pour supporter les épreuves de musculation, squat, développé couché, tractions, etc...),
- Etat 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, ...),
- Etat satisfaisant des systèmes cardiovasculaire et respiratoire.

Fait à _____

Le _____

CACHET DU MEDECIN

SIGNATURE DU MEDECIN