



Centre de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportive

**4 UC**

**NB : Tout dossier incomplet sera renvoyé**

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT

**Spécialité « EDUCATEUR SPORTIF » – mention « ACTIVITES EQUESTRES »**

**Date formation : 2 septembre 2019 au 27 Juin 2020**

**TEP** : 11-12 avril 2019

**Sélection** : 6-7 mai / 24-25 juin / 10-11 juillet 2019

**OPTION** :  Initiation Poney, Cheval     Approfondissement technique

## IDENTIFICATION DU CANDIDAT

### ETAT CIVIL

NOM ..... Prénoms .....

Nom de Jeune fille ..... Nationalité .....

Date de naissance ..... N° de sécurité sociale 

--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu de naissance .....  
Commune – département

Adresse .....

.....

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

Téléphone 

--	--	--	--	--

 portable 

--	--	--	--	--	--	--	--

Email .....

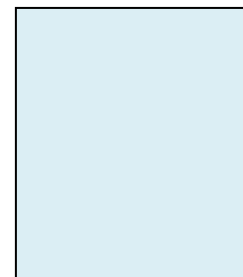


Photo d'identité

## DIPLOMES - FORMATION

Année

Niveau scolaire, universitaire ou professionnel atteint : .....	.....
Diplôme scolaire obtenu (le plus élevé) : .....	.....
Diplôme universitaire obtenu (le plus élevé) : .....	.....
Diplôme professionnel obtenu (le plus élevé) : .....	.....
Diplômes sportifs fédéraux ou d'animations obtenues (citez les plus élevés) : .....Lieu : .....	.....
.....Lieu .....	.....
Diplômes sportifs d'Etat ou d'animation obtenus (citez les tous) : .....Lieu .....	.....
.....Lieu .....	.....

**Vous avez obtenu les TEP (en 4 UC) tests d'exigences préalables à l'entrée en formation\* :**

Date ..... Lieu ..... \* fournir attestation

## SITUATION AU REGARD DU STATUT DE SPORTIF DE HAUT NIVEAU

✓ **Vous êtes (avez été) inscrit sur la liste ministérielle des sportifs de haut niveau**

oui  non

Si oui : Catégorie :  Elite  France Seniors  France Jeunes  Reconversion

Année(s) : .....

✓ **Vous êtes (avez été) inscrit sur la liste ministérielle**

Espoir :  oui  non

Si oui : Année(s) : .....

## **SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE**

### **SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI**

✓ **Vous avez un emploi**  oui  non

Précisez lequel : .....

CDI  CDD  Plein temps  Temps partiel .....%

Précisez votre statut (contrat d'avenir, contrat d'accompagnement dans l'emploi, fonctionnaire, contrat qualification...)

Nom de votre employeur : .....

Adresse de votre employeur : .....

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

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Email : .....

Nombre total d'années d'emploi : ..... années ..... mois (jusqu'au jour d'entrée en formation)

Autres renseignements (précisez) : .....

✓ **Vous êtes demandeur d'emploi**  oui  non

**Joindre les justificatifs**

Vous êtes inscrit à Pôle Emploi depuis le .....

Vous bénéficiez d'indemnités journalières du Pôle Emploi  
depuis le ..... jusqu'au .....

Vous bénéficiez d'autres ressources (RSA...) .....  
depuis le ..... jusqu'au .....

Vous avez déjà travaillé

Dernière activité exercée : .....

Employeur : .....

Nombre total d'années de travail : .....années.....mois (jusqu'au jour d'entrée en formation)

✓ **Vous êtes étudiant - lycéen**  oui  non

Sciences Techniques Activités Physiques et Sportives (STAPS) ..... année d'étude.....

Autres disciplines (précisez)..... année d'étude.....

✓ **Vous êtes reconnu en situation de handicap**  oui \*  non

\*fournir un justificatif

**SITUATION AU REGARD DU FINANCEMENT DE LA FORMATION**

✓ **Vous financez vous-même votre formation**  oui  non

✓ **Vous bénéficiez d'un Congé Individuel de Formation**  oui  non

Dates .....

✓ **Vous bénéficiez d'une prise en charge de votre employeur**  oui  non

✓ **Vous bénéficiez ou avez demandé, l'aide d'un organisme en dehors du Conseil Régional\***

oui  non

Nom de l'organisme.....

Adresse .....

Code postal ..... Commune.....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Email : .....

✓ **Vous bénéficiez d'un autre type d'aide**  oui  non

Précisez .....

**\* ATTENTION : Parcours Sup non disponible pour 2019-2020**

# RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES CONTRAT APPRENTISSAGE

## SITUATION AU REGARD DE L'APPRENTISSAGE

✓ **Vous avez un contrat d'apprentissage**

oui  non

Nom de votre employeur : .....

Adresse de votre employeur : .....

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

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Email : .....

✓ **Vous avez des perspectives de contrat d'apprentissage**

oui  non

Préciser lesquelles (Nom et siège de la structure) ?

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

**DOSSIER COMPLET A RENVOYER**

**au CREPS des Pays de la Loire**

4 Place Gabriel Trarieux CS 21925

44309 NANTES Cedex 3

**Avant le 16 mars 2019**

**Tout dossier arrivant incomplet ou après la date de clôture  
sera refusé**





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des sports

Préfecture de la région Pays de la Loire  
Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

**BPJEPS spécialité EDUCATEUR SPORTIF**  
**Mention ACTIVITES EQUESTRES**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) ..... , docteur en  
médecine, certifie avoir examiné ce jour Mademoiselle<sup>(1)</sup>, Madame<sup>(1)</sup>, Monsieur<sup>(1)</sup>  
..... , né(e) le .....

À ..... et avoir constaté qu'il (elle) ne présente  
aucune contre-indication à la pratique des activités équestres.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

SIGNATURE et  
CACHET DU MEDECIN

<sup>(1)</sup> Rayer la mention inutile.