



EFICIENCIA Savoie
DOSSIER D'INSCRIPTION
BP JEPS Activités de la Forme
30 septembre 2019 au 04 juillet 2020
3, rue de la banque 73000 Chambéry

PHOTO

Quelle option souhaitez vous réaliser au cours de l'année de formation:

- Option Cours collectifs
 Option Haltérophilie Musculation

NOM : Nom d'usage:

Prénom(s):.....

Nationalité: Sexe:

Date de naissance: / / Age :ans

Lieu de naissance: Dép. de naissance (*code postal*) :

Adresse permanente:

Code postal : Ville :

Téléphones : mobile/...../...../...../..... fixe:/...../...../...../.....

Email :

TESTS DE SELECTIONS SPECIFIQUES à EFICIENCIA :

Lundi 16 septembre 2019 (10h00-12h00)

Positionnement à EFICIENCIA :

Jeudi 19 septembre 2019

Vous souhaitez :



Passer les **SELECTIONS SPECIFIQUES** (*car vous êtes déjà titulaire des TEP*)

DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER est : Vendredi 30 Août 2019

VIE SCOLAIRE

Diplômes obtenus au cours de votre scolarité :

CAP BEP BAC LICENCE* MASTER* DOCTORAT* (* ou équivalent)

AUTRES (précisez) :

VIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle? OUI NON

Laquelle (principalement) ? :

Nombre d'années :

VIE SPORTIVE

Quelles activités liées à la musculation pratiquez-vous ? :

Haltérophilie Culturisme Force Athlétique Musculation sportive ou d'entretien

Faites-vous de la compétition (haltérophilie, culturisme ou force athlétique) ? Si oui, indiquez dans quelle pratique, et à quel niveau :

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

Quelles activités liées au fitness, pratiquez-vous ? :

Cours CHORÉGRAPHIÉS (LIA, STEP,...) Cours PRÉCHORÉGRAPHIÉS

Cours de renforcement musculaire (Gym, Bodysculpt, CAF,...)

Cours de relaxation (Stretching, Yoga, ...)

Pratiquez-vous d'autres activités sportives ?

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

PROJET PROFESSIONNEL

Pour quelles raisons, souhaitez-vous intégrer cette formation ? :

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

FINANCEMENT

De quelle manière comptez-vous financer la formation ? :

- Par un contrat ou une période de professionnalisation

OUI NON

Si **OUI** précisez auprès de quelle structure :

NOM :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Personne à contacter : Téléphone :

- En tant que salarié, par un Congé Individuel de Formation

OUI NON

- Par une aide à la formation en tant que demandeur d'emploi

OUI NON

- Par des Fonds Personnels

OUI NON

- Autres (Précisez) :

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

Vérification des pièces à joindre à votre dossier d'inscription

- 1 PHOTO** d'identité collée en haut à droite du présent dossier d'inscription,
- Pour les **personnes de nationalité française**, copie recto-verso de la **CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ** ou **PASSEPORT**,
- Pour les **personnes de nationalité étrangère**, copie de la **CARTE de SEJOUR** (ou son *récépissé*) valide, accompagnée du PASSEPORT,
- 1 certificat médical, de **non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités de la forme (joint en dernière page)**, datant de moins d'un an (par rapport à la date des TEP).
- Copie du PSC1**, ou AFPS, ou Certificat SST en cours de validité, ou PSE1 en cours de validité, ou PSE2 en cours de validité, ou AFGSU de niveau 1 ou niveau 2 en cours de validité.
- Les copies de l'attestation de recensement** et du certificat individuel de participation à la **journée défense et citoyenneté**;
- La ou **les attestations** des diplômes ou titres **justifiant de l'allègement de certaines épreuves** du diplôme (autre BP JEPS, UC déjà validées, CQP, ...) si vous en avez.
- La ou les attestations** de réussite aux **TEP concernant l'option pour laquelle vous vous inscrivez** (Cours Collectifs ou Haltérophilie – Musculation)

Le Chèque est à mettre à l'ordre de FSSM- Eficiencia :

- 1 chèque de 70.00 €** pour les frais d'inscription.

Seules les demandes d'annulation parvenant avant un délai de 7 jours ouvrables avant la date des tests pourront conduire à un remboursement.

Envoyez votre dossier d'inscription (et les pièces nécessaires) à l'adresse suivante :

FSSM - EFICIENCIA
21, Avenue de Vert Bois
74960 Annecy



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e)

Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné ce jour,

Mme - Melle - M.

et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de contre-indication à la pratique et à l'encadrement des « **ACTIVITES DE LA FORME** ».

Fait à,

le

Signature et cachet obligatoire :