

SARL FSSM

198 Allée de la tour

01700 Beynost

TEL : 06-29-31-04-17

Mail : Eficiencia.rhone.alpes@gmail.com

N° SIRET : 812 225 936 00085

N° Déclaration d'activité : 84 74 04 163 74



**Selon le lieu de formation choisi,
merci de vous reporter à la page
suivante :**

PAGE 2 À 7 :

DOSSIER INSCRIPTION BEYNOST

(A envoyer au 7 Rue du grand four 01800 Meximieux)

PAGE 8 À 13 :

DOSSIER INSCRIPTION BEYNOST

(A envoyer au 7 Rue du grand four 01800 Meximieux)

SARL FSSM

198 Allée de la tour

01700 Beynost

TEL : 06-29-31-04-17

Mail : Eficiencia.rhone.alpes@gmail.com

N° SIRET : 812 225 936 00085

N° Déclaration d'activité : 84 74 04 163 74

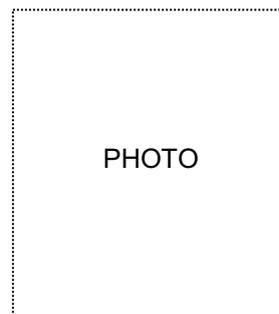


DOSSIER INSCRIPTION BEYNOST

(A envoyer au 7 Rue du grand four 01800 Meximieux)

BP JEPS Activités de la Forme

Du 16 Octobre 2024 au 08 Août 2025



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

- Option Cours collectifs**
- Option Haltérophilie Musculation**
- Double option** (l'option faite la première année sera définie par FSSM en fonction des effectifs)

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 :

Entretien spécifique + Sélection + finalisation du dossier à EFICIENCIA :

Du Lundi 30 Septembre au Mardi 01^{er} Octobre 2024

Positionnement + Tests écrits à EFICIENCIA :

Du Jeudi 03 Octobre au Vendredi 04 Octobre 2024

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 ? (Si Option HM ou double Option)

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 ? : (Si Option Cco ou double Option)

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 d'apprentissage :**

OUI NON

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

NOM :

Adresse:

Code Postal : Ville :

Personne à contacter : Téléphone :

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

OUI NON

- **Par des Fonds Personnels :**

OUI NON

- **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 (Via Transition Pro) :**

OUI NON

- **Autres (Précisez) :**

.....
.....

Avez-vous validé vos TEP (Tests d'exigences préalables) :

OUI NON

Si OUI,

- Lieu

- Date

Si NON,

Sur quelle session allez-vous vous inscrire ?

- Lieu

- Date

Possédez-vous un casier judiciaire (Nous prendrons contact avec vous si votre réponse est OUI car certaines démarches administratives peuvent être indispensables pour obtenir votre carte pro par la suite)

OUI NON

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)
- Un virement bancaire à l'ordre de Formation Sport Santé Montagne de 75.00 €** pour les frais d'inscription.

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

Formation Sport Santé Montagne - EFICIENCIA

7 Rue du grand Four, 01800 Meximieux



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 :

SARL FSSM

198 Allée de la tour

01700 Beynost

TEL : 06-29-31-04-17

Mail : Eficiencia.rhone.alpes@gmail.com

N° SIRET : 812 225 936 00085

N° Déclaration d'activité : 84 74 04 163 74

DOSSIER INSCRIPTION CHAMBERY

(A envoyer au 7 Rue du grand four 01800 Meximieux)

BP JEPS Activités de la Forme

Du 07 Octobre 2024 au 01 Août 2025

PHOTO

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

- Option Cours collectifs**
- Option Haltérophilie Musculation**
- Double option** (l'option faite la première année sera définie par FSSM en fonction des effectifs)

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 :

Entretien spécifique + Sélection + finalisation du dossier à EFICIENCIA :

Du Lundi 23 Septembre au Mardi 24 Septembre 2024

Positionnement + Tests écrits à EFICIENCIA :

Du Jeudi 10 Octobre au Vendredi 11 Octobre 2024

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 ? (Si Option HM ou double Option)

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 ? : (Si Option Cco ou double Option)

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 d'apprentissage :**

OUI NON

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

NOM :

Adresse:

Code Postal : Ville :

Personne à contacter : Téléphone :

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

OUI NON

- **Par des Fonds Personnels :**

OUI NON

- **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 (Via Transition Pro) :**

OUI NON

- **Autres (Précisez) :**

.....
.....

Avez-vous validé vos TEP (Tests d'exigences préalables) :

OUI NON

Si OUI,

- Lieu

- Date

Si NON,

Sur quelle session allez-vous vous inscrire ?

- Lieu

- Date

Possédez-vous un casier judiciaire (Nous prendrons contact avec vous si votre réponse est OUI car certaines démarches administratives peuvent être indispensables pour obtenir votre carte pro par la suite)

OUI NON

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)
- Un virement bancaire à l'ordre de Formation Sport Santé Montagne de 75.00 €** pour les frais d'inscription.

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

Formation Sport Santé Montagne - EFICIENCIA

7 Rue du grand Four, 01800 Meximieux



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 :