

# Dossier d'inscription

## PREPA TEP - TEP

## BPJEPS AF / APT

**Cadre réservé à l'IMSAT :**

Dossier reçu le : .....



# Modalités d'accès aux sessions de préparations aux TEP et aux TEP

## Conditions d'accès :

- ✓ Avoir minimum 16 ans à la date de la session de préparation aux TEP ou à la session de TEP
- ✓ Avoir dûment rempli et rendu COMPLET le présent dossier de candidature à l'IMSAT au minimum 48h avant la date de la session de préparation aux TEP ou du TEP

## Pièces à fournir :

- Le présent dossier dûment rempli et signé dont la fiche signalétique (Page 2 et 3 du document)
- 2 photos d'identité portant vos nom(s) et prénom(s) au verso (dont une collée sur la fiche signalétique)
- 1 enveloppe timbrée au tarif en vigueur et libellée à l'adresse du candidat,
- La photocopie de votre pièce d'identité recto/verso ou du titre de séjour **en cours de validité**
- Certificat médical d'aptitude (en l'annexe 1) à la pratique et à l'enseignement des activités choisies datant de moins de 6 mois
- Une attestation d'assurance responsabilité civile (année en cours)
- Annexe 2 : uniquement pour les candidats au BPJEPS AF

## Comment rendre votre dossier ?



Par courrier ou sur place directement à l'adresse suivante :



**IMSAT-  
Campus de la Grande Tourrache,  
BP 253,  
83078 Toulon Cedex 9**



Par mail au format PDF uniquement :

**contact@imsat.fr**

**Pour tout renseignement concernant le dépôt du dossier vous pouvez nous joindre par téléphone :**

**04.94.75.24.15**

**Du lundi au vendredi  
De 8h45 à 12h15  
Et de 13h30 à 17h**





## FICHE SIGNALÉTIQUE DU CANDIDAT

**Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire.** Les réponses sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre dossier de candidature à l'une de nos formations. Toutes les données recueillies sur ce formulaire le sont avec votre accord. Elles nous permettront de tenir à jour notre fichier de candidats, de gérer et d'assurer le suivi de votre dossier, en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers. Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les membres de FUTUROSUD, et seront utilisées dans le seul but d'assurer le suivi de votre dossier et respecter nos obligations légales auprès des institutionnels et financeurs. Seuls les personnels du FUTUROSUD ont accès à vos données dans le cadre de leurs missions respectives, ainsi que les partenaires pédagogiques (sous-traitants) agissant en qualité d'antennes du CFA FUTUROSUD. Ces sous-traitants sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable.

**Droit d'accès et de rectification :** en vertu du Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent par mail auprès de [cfa@futuresud.org](mailto:cfa@futuresud.org).

**Conservation des données :** les données sont conservées durant le temps légal réglementaire imposé aux organismes de formation - Pour aller plus loin : <https://www.cnil.fr>



Toutes les rubriques doivent être complétées avec précision et en lettres capitales

Photo

### :: FORMATION CHOISIE

FORMATION (BP/DE/DES/BMF..) : ..... SITE : .....

### :: ÉTAT CIVIL

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe (H/F) : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance, CP/ville de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_ Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Reconnaissance Travailleur Handicapé  Oui  Non

Permis Auto :  Oui  Non En cours  Oui  Non

Permis Moto :  Oui  Non Véhiculé  Oui  Non

### :: Si candidat mineur

Nom/Prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_  Père  Mère  Autre: \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) : \_\_\_\_\_

CP/Ville : \_\_\_\_\_ Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. fixe \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Si vous êtes licencié(e) d'une Fédération Française Sportive, laquelle : \_\_\_\_\_

## :: PARCOURS

Dernière classe fréquentée : ..... Année : .....

Diplôme obtenu le plus élevé : .....

Votre situation avant l'entrée en formation

- Scolaire  Etudiant  Contrat apprenti  Contrat professionnalisation  Contrat aidé  
 Salarié  Stagiaire  Service national/civique  Demandeur d'emploi  Autre (préciser)

## :: ACCOMPAGNEMENT EN COURS

 Etes-vous suivi par :

### POLE EMPLOI

Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

N° d'identifiant : \_\_\_\_\_

Agence : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Tél. direct : \_\_\_\_\_

### MISSION LOCALE

Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Agence : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Tél. direct : \_\_\_\_\_

## :: COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE ÉTABLISSEMENT

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déjà formé par FUTUROSUD   | <input type="checkbox"/> Relations (Amis, famille...) |
| <input type="checkbox"/> Site internet de FUTUROSUD | <input type="checkbox"/> Autre site                   |
| <input type="checkbox"/> Collège/Lycée              | <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux              |
| <input type="checkbox"/> Presse                     | <input type="checkbox"/> Salon/ Forum                 |
| <input type="checkbox"/> Pôle emploi                | <input type="checkbox"/> Mission locale               |
| <input type="checkbox"/> CIO                        |   |
| <input type="checkbox"/> Autres _____               |   |

## :: PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Tél 1 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tél 2 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie exacts les renseignements communiqués et atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur sur la page suivante : [www.imsat.co/reglement-interieur/](http://www.imsat.co/reglement-interieur/)

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature :



# Certificat médical

Document obligatoire pour les tests et/ou à l'entrée en formation



Pour être valable à l'inscription, ce certificat doit être daté de moins de 6 mois à l'entrée en formation.

---

## Partie à remplir par le médecin

Je soussigné (e) :

.....  
(Nom-Prénom)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mme     Mlle     M.

.....  
(Nom-Prénom)

Et avoir constaté que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique, à l'animation et à l'encadrement :

Des activités physiques et sportives et de pleine nature

Et /ou

Des activités de la forme     Cours collectifs  
 Haltérophilie, Musculation

A..... Le .....

SIGNATURE ET CACHET



**Pour le BPJEPS Activités de la Forme**

**Nom – Prénom du candidat :** .....

Vous souhaitez vous inscrire aux sessions de préparation aux TEP et/ou aux TEP pour le BPJEPS spécialité « Educateur Sportif » Mention « Activités de la Forme », en

- Option A** « Cours Collectifs » uniquement
- Option B** « Haltérophilie, Musculation » uniquement
- Option A** « Cours Collectifs » + **Option B** « Haltérophilie, Musculation »

