



# DOSSIER INSCRIPTION

## BPJEPS AF

Brevet Professionnel  
de la Jeunesse de l'Éducation Populaire et du Sport

**Spécialité :** « Éducateur Sportif / Éducatrice Sportive »

**Mention :** Activités de la Forme

**Option :** Cours Collectifs (A)

&

**Option :** Haltérophilie, Musculation (B)

**Cadre réservé à l'IMSAT :**

Dossier reçu le : .....

# FICHE SIGNALÉTIQUE DU CANDIDAT

## FORMATION CHOISIE

Formation  Site

Photo

## ÉTAT CIVIL

Nom  Prénom

Date de naissance  CP\* et Ville de naissance

Nationalité

N° de sécurité sociale  Sexe  H  F

Adresse

CP et Ville

Téléphone  Email

Reconnaissance travailleur handicapé  Oui  Non

Sportif.ve de haut niveau\*\*  Oui  Non

Titulaire du permis de conduire  Oui  Non

\*Préciser le code postal et si étranger noter 99

\*\*figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport

## SI CANDIDAT.E MINEUR.E

Nom représentant.e légale  Prénom

Adresse (si différente)  Père  Mère  Autre

CP\* et Ville

Téléphone  Email

## PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom  Prénom  Père  Mère  Autre

Téléphone  Email

## PARCOURS

Dernière classe fréquentée

Établissement et département de scolarisation de l'année précédente

Dernier diplôme ou titre préparé

Dernier diplôme ou titre obtenu

Diplôme ou titre obtenu le plus élevé

### Situation avant entrée en formation (ne cochez qu'une seule case)

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scolaire                | <input type="checkbox"/> Prépa apprentissage             | <input type="checkbox"/> Étudiant     |
| <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation | <input type="checkbox"/> Contrat aidé |
| <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi   | <input type="checkbox"/> En formation au CFA             | <input type="checkbox"/> Salarié      |
| <input type="checkbox"/> Inactif                 | <input type="checkbox"/> Autre situation                 |                                       |

## ACCOMPAGNEMENT EN COURS

Suivi Pôle Emploi  Oui  Non

Numéro d'identifiant

Conseiller.e

Agence

Si non, interruption du suivi depuis

Suivi Mission Locale  Oui  Non

Conseiller.e

Agence

Si non, interruption du suivi depuis

## MODALITÉS DE FINANCEMENT

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation | <input type="checkbox"/> CDD                           |
| <input type="checkbox"/> Pro A                   | <input type="checkbox"/> CUI - CAE                       | <input type="checkbox"/> Plan développement entreprise |
| <input type="checkbox"/> CDI                     | <input type="checkbox"/> CPF / CPF Transition            | <input type="checkbox"/> Financement Personnel         |
| <input type="checkbox"/> Financement Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> Financement REGION SUD (MCP)    | <input type="checkbox"/> Autre :                       |

Je soussigné.e  certifie exacts les renseignements communiqués et atteste avoir pris connaissance des modalités de traitement de mes données personnelles (cf. annexe 2) et du règlement intérieur sur [www.imsat.co/reglement-interieur](http://www.imsat.co/reglement-interieur)

Fait à  le

Signature candidat.e

Si candidat.e mineur.e, signature représentant.e legal.e



## Conditions d'accès

- Avoir transmis son dossier d'inscription à l'IMSAT
- Avoir participé à la journée défense et citoyenneté (pour les moins de 25 ans)
- Être titulaire du diplôme de secourisme P.S.C. 1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ou équivalent (Dates disponibles sur <http://www.imsat.co/calendrier-imsat/>) à l'entrée en formation
- Satisfaire à l'ensemble des exigences préalables à l'entrée en formation et aux tests de sélection (le cas échéant)



## Pièces à fournir

### **Obligatoires pour les TEP :**

- Fiche de candidature complétée et signée
- Une photo d'identité (sur la fiche candidature)
- Copie de votre pièce d'identité en couleur ET en cours de validité (Carte Nationale d'Identité recto/verso ou passeport ou titre de séjour)
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités de la formation choisie, daté de moins de 6 mois au moment des TEP et moins de 1 an à l'entrée en formation (utiliser le modèle en Annexe ci-joint).  
*À NOTER : Pour les personnes en situation de handicap, une demande d'aménagement de TEP, de formation et/ou des épreuves de certification peut être faite auprès de la DRAJES. Si vous souhaitez être accompagné.e dans cette démarche, contactez notre référent handicap ([contact@imsat.co](mailto:contact@imsat.co))*
- Attestation d'assurance responsabilité civile (à se procurer auprès de votre compagnie d'assurance habitation), couvrant vos dommages personnels et vos actes durant les épreuves de sélection et, en cas d'admission, durant la formation.

### **Obligatoires pour l'entrée en formation (en plus des documents obligatoires pour les TEP) :**

- Copie du diplôme du PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1) ou équivalent en cours de validité
- Copie de l'attestation de participation à la journée défense et citoyenneté (uniquement pour les français de moins de 25 ans), à défaut attestation de recensement
- Attestation de sécurité sociale (la Carte Vitale n'est pas recevable)
- Copie de vos diplômes (scolaires, universitaires, sportifs, etc.)
- Curriculum Vitae (CV) à jour
- Lettre de motivation précisant votre expérience pratique et/ou pédagogique et votre projet professionnel
- Les annexes complétées et signées :
  - Annexe 1 : Document « Traitement des données RGPD »
  - Annexe 2 : Document « Droit à l'image »

### **Annexes spé AF :**

Annexe 3 : Document « Obligation Honorabilité »

Annexe 4 : Certificat médical

Annexe 5 : Fiche « Offre de formation »

Pour les mineurs :

- Annexe M1 : Document « Droit à l'image mineur.e.s »
- Annexe M2 : Document « Autorisation hospitalisation »
- Annexe M3 : Document « Autorisation parentale de sortie »

## Comment rendre ton dossier ?



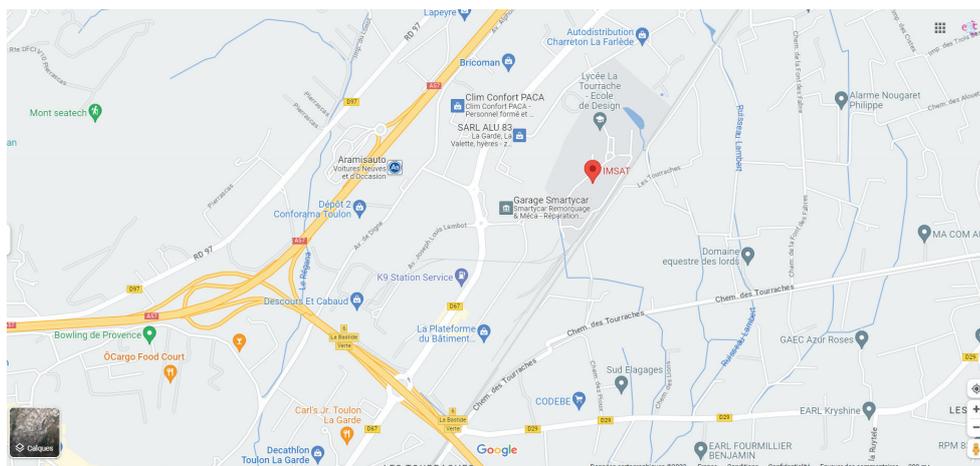
Par courrier l'adresse suivante :

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



Ou sur place à l'adresse suivante :

IMSAT  
Avenue François Arago,  
83130 La Garde



Par mail au format PDF uniquement : [contact@imsat.fr](mailto: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 8h30 à 12h00  
Et de 13h00 à 17h00

## ANNEXES

  
Annexes

**VOUS TROUVEREZ CI-APRÈS LES ANNEXES  
À RENDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION**



## TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES – RGPD

Dans le cadre de votre candidature à une formation délivrée par l'Institut Méditerranéen du Sport, de l'Animation et du Tourisme (IMSAT), nous sommes amenés à collecter vos données personnelles (ex : nom, prénom, numéro de sécurité sociale, adresse, numéro de téléphone...). Elles font l'objet d'un traitement dont le responsable est l'association HEURES LIBRES DE LA JEUNESSE – 237 Place de la Liberté – 83000 TOULON.

M. Alain ORTALI (a.ortali@upv.org) est la personne référente sur le sujet.

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire.

Veuillez noter que les réponses aux cases munies d'une astérisque sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre dossier de candidature.

L'absence de réponse à un champ obligatoire est susceptible de compromettre la gestion de votre candidature.

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'association HEURES LIBRES DE LA JEUNESSE.

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour assurer le traitement de votre candidature et de votre dossier stagiaire si votre candidature est retenue.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder :

- 1 un mois si votre candidature n'est pas retenue
- 2 la durée de votre formation + 12 mois si votre candidature est retenue.

Sauf si :

- 1 vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ;
- 2 une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à notre personnel administratif et à notre direction et, le cas échéant, à nos sous-traitants et aux prestataires en charge de la prise en charge financière de votre formation. Les sous-traitants et prestataires en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant par mail :

Alain ORTALI – a.ortali@upv.org

Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations avant mon entrée en formation.

NOM, prénom : .....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature :**

Si candidat.e mineur.e, identité du représentant.e légal.e (NOM-Prénom).....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature :**



Annexe 2

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

**Objet : Autorisation de photographe/filmer et publier des images**

Je, soussigné.e,

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....

Tél : \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_

Mail : .....@.....

 Autorise, à titre gratuit l'IMSAT / HLJ :

➤ à me photographier et/ou me filmer lors des épreuves de sélections (le cas échéant) et lors de la formation pour laquelle je suis inscrit.e :

Formation – Diplôme : ..... Session 20 \_ \_ / 20 \_ \_

- à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections à but non lucratif.
- à publier ces images sur le web
- à les graver sur DVD

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés ci-dessus.

Ce contrat est valable pour la durée de la formation. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et avoir la capacité juridique pour signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

 N'autorise pas l'IMSAT / HLJ à me photographier et/ou me filmer

Fait à ..... Le \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_

**Signature :**



## INFORMATIONS SUR LES OBLIGATIONS D'HONORABILITÉ ET DE DÉCLARATION DES STAGIAIRES EN FORMATION DANS LES MÉTIERS DE L'ANIMATION ET DU SPORT

### 1 / Dans l'animation

Nul ne peut exercer de fonctions auprès des mineurs en « Accueil Collectif de Mineurs (ACM) » :

1 / S'il a fait l'objet d'une condamnation pour crime ou pour un des délits mentionnés à l'article L.133-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) :

« Nul ne peut exploiter ni diriger l'un quelconque des établissements, services ou lieux de vie et d'accueil régis par le présent code, y exercer quelque fonction que ce soit, ou être agréé au titre des dispositions du présent code, s'il a été condamné définitivement pour crime ou à une peine d'au moins deux mois d'emprisonnement sans sursis pour les délits prévus :

- ➊ Des atteintes à la personne ;
- ➋ Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne ;
- ➌ De la mise en danger de la personne ;
- ➍ Des atteintes aux libertés de la personne ;
- ➎ Des atteintes à la dignité de la personne. »

2 / S'il a fait l'objet d'une mesure administrative d'interdiction d'exercer ou de suspension d'exercice (article L.227-10 du CASF).

**Dès lors que vous participez à un accueil de mineurs, l'administration procède à la vérification de votre casier judiciaire B2 (via l'application de télé-déclaration d'ACM).**

NB : Le bulletin n°2 peut être délivré aux dirigeant.e.s des organismes de droit public ou de droit privé qui exercent une activité culturelle, éducative ou sociale auprès des publics fragilisés.

### 2 / Dans le sport

Les éducateurs sportifs « stagiaires » (en cours de formation) sont désormais tous soumis à l'obligation de déclaration quel que soit leur statut. Ces stagiaires doivent donc se déclarer auprès du préfet (dans les faits, du SD JES) de leur lieu principal d'activité article R. 212-87 du code du sport par la voie électronique via <https://eaps.sports.gouv.fr> ou <https://déclaration-educateur.sports.gouv.fr>. Ces stagiaires « déclarants » devront fournir les pièces mentionnées à l'article A. 212-176 du code du sport. Le Préfet de département s'assure que les stagiaires déclarant leur activité n'ont pas fait l'objet d'une condamnation pour crime ou pour délit mentionné à l'article L. 212-9 du code du sport, en demandant aux services judiciaires nationaux un extrait du casier judiciaire (bulletin n° 2).

Afin de s'assurer que la ou le stagiaire a effectivement respecté cette obligation, l'organisme de formation et la structure d'alternance peuvent lui demander de fournir son attestation de déclaration.

**Vous devez par conséquent bien vérifier avant votre entrée en formation, que votre casier judiciaire ne vous empêche pas de travailler avec des mineurs, des publics fragilisés ou dans l'encadrement des activités physiques et sportives avec tous les publics.**



Annexe 3

## INFORMATIONS SUR LES OBLIGATIONS D'HONORABILITÉ ET DE DÉCLARATION DES STAGIAIRES EN FORMATION DANS LES MÉTIERS DE L'ANIMATION ET DU SPORT

### 3 / La démarche d'effacement

La démarche d'effacement du casier est une démarche personnelle, donc veuillez bien vérifier personnellement que votre casier est vierge.

La demande d'effacement de condamnation du bulletin n°2 du casier judiciaire doit être écrite et présenter les motifs. Elle peut par exemple être justifiée par un projet professionnel, un casier judiciaire vierge étant indispensable pour l'exercice de certains métiers.

L'effacement n'est pas possible pour les condamnations relatives à certains crimes et délits. **La demande d'effacement ne doit pas être déposée avant l'expiration d'un délai de 6 mois après que la condamnation pénale soit devenue définitive.** Elle doit être adressée au procureur de la République du tribunal qui a prononcé la condamnation (ou, en cas de plusieurs condamnations, au procureur du dernier tribunal concerné).

Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations avant mon entrée en formation,

NOM, prénom : .....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :

Si candidat mineur, identité du représentant légal (NOM-Prénom) : .....

Fait à ..... Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :

**DOSSIER AF (Activités de la Forme)  
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 **d'1 an 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-indications à la pratique, à l'animation et à l'encadrement :

Des activités de la forme :

Cours collectifs

Haltérophilie et musculation

À .....

Le \_\_/\_\_/----

SIGNATURE ET CACHET





L'offre de formation

**DOSSIER BPJEPS AF (Activités de la Forme)***(Sous réserve de validation de dossier d'habilitation)*

**Veillez numérotter les cursus de formation par ordre de préférence et/ou rayer celui ou ceux que vous ne souhaitez pas suivre le cas échéant. Pour plus d'informations, consultez le document d'information détaillé disponible sur notre site internet ou contactez-nous.**

Option.s présentée.s :

 **OPTION A « Cours collectifs » + Option B « Haltérophilie Musculation »** **Option A « Cours collectifs » uniquement** **Option B « Haltérophilie Musculation » uniquement**

Parcours de formation souhaité :

 **APPRENTISSAGE « salles de remise en forme ou associations sportives »** **MCP (Marché Compétences Professionnelles) – Sous convention de stage**

L'offre de formation

## DOSSIER BPJEPS AF (Activités de la Forme)

(Sous réserve de validation de dossier d'habilitation)

**Veillez numéroté les cursus de formation par ordre de préférence et/ou rayer celui ou ceux que vous ne souhaitez pas suivre le cas échéant. Pour plus d'informations, consultez le document d'information détaillé disponible sur notre site internet ou contactez-nous.**

Descriptifs prévisionnels des parcours, sous réserve de modifications et d'habilitation par la DRAJES

| Les 2 parcours de formation proposés à l'IMSAT<br><i>Sous réserve d'habilitation par la DRAJES</i> |   |                 |  |                 |
|--|---|-----------------|--|-----------------|
| Parcours   | Apprentissage 1<br>Salles / Associations sportives  |                 | MCP (Marché Compétence Professionnelle – REGION SUD) (Stage sous convention)   |                 |
| Dates TEP  | Jeudi 28/08/25<br>Vendredi 12/09/25   |                 | Jeudi 28/08/25<br>Vendredi 12/09/25  |                 |
| Dates TESTS IMSAT  | Lundi 01 au vendredi 05 septembre 2025  |                 | Lundi 01 au vendredi 05 septembre 2025 ou du Lundi 22 au vendredi 26 septembre 2025  |                 |
| Date limite rendu dossier  | 18/08/2025  |                 | 05/09/2025   |                 |
| Option(s) présentée(s)   | 1 option (Aou B)  | 2 options (A+B) | 1 option (Aou B)   | 2 options (A+B) |
| Date de début / fin  | 22/09/2025 - 19/09/2026   |                 | 27/10/2025 - 03/07/2026  |                 |
| Soit   | 12 mois   |                 | 9 mois   |                 |
| Organisation de la formation et de l'alternance  | <ul style="list-style-type: none"> <li>En formation 2,5 jours par semaine (lundi et mercredi libérés)</li> <li>Alternance distribuée à raison de 19h / semaine en dehors du temps de formation (lundi journée, mercredi journée, samedi journée, soirées)</li> <li>+ 10 semaines de stage massé à raison de 35h pendant les vacances scolaires (en dehors de la Toussaint)</li> </ul> |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>En formation 4 jours par semaine</li> <li>Alternance distribuée à raison de 11h / semaine minimum, en dehors du temps de formation, du lundi au samedi de 8h à 21h</li> <li>7 semaines de stage massé à raison de 35h en dehors des vacances scolaires</li> </ul> |                 |
| Interruption Formation   | 25 jours de congés payés à poser sur le temps d'alternance  |                 | Du 22/12/25 au 27/12/25<br>Du 01/05/26 au 02/05/26<br>Du 08/05/26 au 09/06/26  |                 |
| Financement  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrat d'apprentissage</li> <li>Contrat de professionnalisation</li> </ul>  |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>MCP Région* =&gt; Prescription Missions Locales pour les -26 ans ou France Travail pour les +26 ans Ou CEDIS pour bénéficiaires RSA</li> <li>CPF / CPF TRANSITION</li> <li>Financement personnel</li> </ul>   |                 |

# ANNEXES SPÉCIFIQUES POUR LES CANDIDAT.E.S MINEUR.E.S



Annexes  
mineur.e.s

**VOUS TROUVEREZ CI-APRÈS LES ANNEXES DÉDIÉES AUX  
CANDIDAT.E.S MINEUR.E.S À L'ENTRÉE EN FORMATION, À RENDRE  
AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION**



Annexe M1

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE STAGIAIRE / APPRENTI.E MINEUR.E IMSAT-HLJ

### Objet : Formulaire de renonciation au droit à l'image - Autorisation de photographier/filmer et publier des images

Je soussigné.e .....

Demeurant .....

.....

Agissant en qualité de représentant.e légal.e de l'enfant : .....

En tant que : Père Mère Autre, préciser : .....

Enfant stagiaire/apprenti.e à l'IMSAT-HLJ inscrit.e en formation : .....

- Ne souhaite pas céder à l'IMSAT / HLJ les droits que je détiens sur l'image de mon enfant.
- Autorise, à titre gratuit l'IMSAT / HLJ, à publier les photos et/ou images prises de la personne mineure mentionnée ci-dessus dans le cadre des actions s'inscrivant dans son parcours au sein de l'IMSAT-HLJ.

Ces images peuvent être exploitées sous quelque forme que ce soit, intégralement ou par extraits, et ce sans limitation de durée. Je m'engage à ne pas tenir l'IMSAT-HLJ responsable en ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Je déclare être le parent ou le/la représentant.e légal.e du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorité légale de signer cette autorisation (renonciation de droit à l'image) en son nom et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation (renonciation de droit à l'image).

Fait à .....le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux)**



Annexe M2

## AUTORISATION HOSPITALISATION STAGIAIRE / APPRENTI.E MINEUR.E IMSAT-HLJ

Je soussigné.e .....

Adresse : .....

Tel 1 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    Tel 2 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Agissant en qualité de représentant.e légal.e de l'enfant : .....

En tant que  Père  Mère  Autre, préciser : .....

Enfant stagiaire/apprenti.e à l'IMSAT-HLJ en formation : .....

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse de la CPAM : .....

En cas d'urgence, un stagiaire/apprenti.e accidenté.e ou malade est transporté.e par les services de secours d'urgence vers le centre hospitalier le mieux adapté. Dans ce cas, la famille est immédiatement prévenue.

En cas d'accident, je souhaite que soit prévenu(e) par les moyens les plus rapides :

➤ NOM – Prénom : .....

Tel 1 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    Tel 2 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

➤ NOM – Prénom : .....

Tel 1 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    Tel 2 : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Si une hospitalisation s'avère nécessaire,  J'autorise  Je n'autorise pas

L'IMSAT-HLJ à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et éventuellement à procéder à son admission dans un centre hospitalier.

Groupe sanguin : .....

Indications que vous jugerez utile de porter à notre connaissance (traitements en cours, allergies, ...)

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) :**



Annexe M3

## AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE STAGIAIRE / APPRENTI.E MINEUR.E IMSAT-HLJ

Je soussigné.e .....

Demeurant .....

Agissant en qualité de représentant.e légale de l'enfant : .....

En tant que  Père  Mère  Autre, préciser : .....

Enfant stagiaire/apprenti.e à l'IMSAT-HLJ en formation : .....

- Autorise mon enfant  
 N'autorise pas mon enfant

Demeurant .....

- à sortir seul(e) pendant les temps libres prévus à l'emploi du temps  
 à sortir seul(e) en cas de départ anticipé de l'IMSAT-HLJ  
 à participer à toutes les sorties (structures partenaires, sorties sportives ou culturelles, etc.) organisées et encadrées par le personnel de l'IMSAT-HLJ pouvant intégrer, le cas échéant, des déplacements.

Je renonce formellement à exercer toute action en responsabilité contre IMSAT-HLJ en cas d'incident ou d'accident survenant pendant ces périodes.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Signature(s) du(des) représentant(s) légal(aux) :**