

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## CQP

### ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF

#### Option AGEE

(ACTIVITES GYMNIQUES D'ENTRETIEN ET D'EXPRESSION)

## DOCUMENTS A FOURNIR PAR LE CANDIDAT

- LE DOSSIER D'INSCRIPTION COMPLETE AVEC LA PHOTO D'IDENTITE
- LE CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENCADREMENT DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES DATANT DE MOINS DE 3 MOIS
- LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE FORMATION AUX PREMIERS SECOURS (PSC1) ou AFPS
- L'ATTESTATION DE PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES DE LOISIR OU DE PERFORMANCE D'UNE DUREE MINIMALE DE 140 HEURES DANS LES 3 DERNIERES ANNEES.
- UNE PHOTOCOPIE LISIBLE, SOIT DE LA CARTE NATIONALE D'IDENTITE EN COURS DE VALIDITE (RECTO-VERSO), SOIT DU PASSEPORT EN COURS DE VALIDITE.
- UN CHEQUE DE 50€ A TITRE D'ARRHES AU NOM DU CDOS VAR, SOMME QUI RESTERA ACQUISE POUR FRAIS DE DOSSIER EN CAS D'ANNULATION DU CANDIDAT

Dossier à renvoyer au plus tard le 15 septembre 2019 :

**Comité Départemental Olympique et Sportif du Var**

Maison Départementale des Sports du Var – 133 Bd Général Brosset 83200 TOULON  
[acdos@cdos83.fr](mailto:acdos@cdos83.fr)

### Renseignements administratifs :

Jérôme REZE - 04 94 46 01 92

### Renseignements techniques et pédagogiques :

Valentine LAPOIRIE - 06 24 12 06 15



**Comité Départemental Olympique et Sportif du Var**

Maison Départementale des Sports du Var - 133 boulevard Général Brosset 83200 Toulon

Tel : 04 94 46 01 92 - Email : [acdos@cdos83.fr](mailto:acdos@cdos83.fr) - [www.cdos83.fr](http://www.cdos83.fr)

N° OF : 93 83 04 053 83 (Ne vaut pas agrément de l'Etat)

# FICHE D'INSCRIPTION CQP ALS - AGÉE

## CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF Option : *Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression*

Je soussigné(e) :

NOM :	Prénom :	Date de Naissance :
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Téléphone :	Portable :	
Email :	N° de licence Sports pour Tous :	

Pose ma candidature à la formation désignée et déclare assister à l'intégralité des modules :

Module	Dates	Lieu
Tests de sélection	Vendredi 27 septembre 2019	DRAGUIGNAN
Module 1	28 - 29 - 30 - 31 octobre 2019	
Module 2	15 - 16 - 17 novembre 2019	
Module 3	13 - 14 - 15 décembre 2019	
Module 4	10 - 11 - 12 janvier 2020	
Module 5	14 - 15 - 16 février 2020	
Certifications	UC 1: 31 janvier 2020 - UC 2-3: 27-28 février 2020	

*Il sera demandé au candidat d'être en possession de la licence Cadre Technique de la Fédération Française Sports pour Tous au moment de l'entrée en formation (d'un montant de 39€).*

**Date et Signature du stagiaire:**

**Si votre formation est prise en charge par votre employeur :**

Employeur : N° SIRET :  
Personne responsable de l'inscription en formation :  
Adresse :  
Téléphone :  
E-mail : **Date et signature de l'employeur**



**Comité Départemental Olympique et Sportif du Var**

Maison Départementale des Sports du Var - 133 boulevard Général Brosset 83200 Toulon

Tel : 04 94 46 01 92 - Email : [acdos@cdos83.fr](mailto:acdos@cdos83.fr) - [www.cdos83.fr](http://www.cdos83.fr)

N° OF : 93 83 04 053 83 (Ne vaut pas agrément de l'Etat)



## Dossier d'inscription

Photo

Nom - Prénom :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville :

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile : \_\_\_\_\_



Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :  Salarié (emploi occupé) :  
 Demandeur d'emploi  
 Etudiant

Comité Sports pour tous d'appartenance (\*) :

\_\_\_\_\_

Club Sports pour tous d'appartenance (\*) :

\_\_\_\_\_

N° de licence\_Sports pour tous (\*) :

\_\_\_\_\_

(\*) Seulement si vous êtes licencié à la FF Sports pour Tous

## ATTESTATION DE PRATIQUE

Je, soussigné(e) .....

Représentant la structure .....

En qualité de .....

Atteste que Mme/Monsieur .....

A déjà pratiqué au moins 140h, durant les 3 dernières années, des activités physiques et sportives suivantes :

### **Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression**

Fait à .....

Le .....

Cachet (facultatif) et signature :

# CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET L'ENCADREMENT  
DES ACTIVITES PHYSIQUES OU SPORTIVES

Je, soussigné Docteur .....

Exerçant à .....

Certifie avoir examiné  Madame  Monsieur

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... Demeurant à .....

Et ne pas avoir constaté, à ce jour, de signes contre-indiquant la pratique et l'encadrement des activités physiques et sportives suivantes :

## Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression

Observations : .....

.....

.....

.....

.....

Cachet et signature du médecin

Fait à ..... Le .....