

DOSSIER D'INSCRIPTION

CQP

ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF

Option ARPO

(ACTIVITES DE RANDONNEE DE PROXIMITE ET D'ORIENTATION)

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'ACCOMPTE AU NOM DU CDOS VAR, SOMME QUI RESTERA ACQUISE POUR FRAIS DE DOSSIER MEME EN CAS D'ANNULATION DU CANDIDAT OU D'ECHEC AUX TESTS DE POSITIONNEMENT

Dossier à renvoyer au plus tard le 30 mars 2020 :

Comité Départemental Olympique et Sportif du Var

Maison Départementale des Sports du Var – 133 Bd Général Brosset 83200 TOULON
acdoss@cdos83.fr

Renseignements administratifs :

Jérôme REZE - 04 94 46 01 92

Renseignements techniques et pédagogiques :

Jean-François MELANO - 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 : acdoss@cdos83.fr - www.cdos83.fr

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

FICHE D'INSCRIPTION CQP ALS - ARPO

CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF

Option : *Activités de Randonnée de Proximité et d'Orientation*

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	A déterminer	Département du Var
Pré-rentree	A déterminer	
Semaine 1	20 au 24 avril 2020	
Semaine 2	7 au 11 juillet 2020	
Semaine 3	24 au 28 août 2020	
Certifications	5-6 septembre 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 : acdoss@cdos83.fr - 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

Tarif de la formation :

- ☐ 1850.00 euros (tarif pour les stagiaires ne bénéficiant pas de prise en charge OPCO)
☐ 1350.00 euros (tarif réservé aux titulaires d'une licence *Sport pour Tous* année N-1 et N)
☐ 2500.00 euros (tarif pour les stagiaires bénéficiant d'une prise en charge OPCO)

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 de Randonnée de Proximité et d'Orientation

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 de Randonnée de Proximité et d'Orientation

Observations :

.....

.....

.....

.....

Cachet et signature du médecin

Fait à Le