



**DOSSIER D'INSCRIPTION  
BPJEPS mention ACTIVITÉS DE LA FORME**

**Option(s) choisie(s) à cocher :**

- ☐ option A : Cours collectifs  
☐ option B : Haltérophilie, Musculation

formation habilitée auprès de la DRJSCS d'Île-de-France  
sous le numéro : 19075HABBP40

Photo  
d'identité  
à coller

**Pré requis pour l'inscription**

- Avoir 18 ans
- Avoir effectué la formation aux premiers secours AFPS, PSC1 ou SST avec un organisme agréé
- Avoir validé les Tests des Exigences Préalables (TEP) dans la ou les options choisies (A et/ou B) du BPJEPS AF au moins 1 mois avant l'entrée en formation

**DOSSIER A RENVoyer OU A DEPOSER  
AVANT LE 29 AOÛT 2025 À :**

**COACH ATHLETE PERFORMANCE**

Direction Jean-Christophe BLIN  
8 rue de la Michodière  
75002 PARIS

**Tout dossier incomplet sera classé sans suite**  
Les candidats seront sélectionnés sur dossier et entretien individuel.

**Nombre de places ouvertes :**

- 25 places

**Coût maximum de la formation :**

- 9354,24€ TTC \* parcours 2 options
- 8261,88€ TTC \* parcours 1 option

**Dates de la formation :**

- 15 septembre 2025 au 16 juillet 2026

**Journée d'intégration et Positionnement**

- Le 1 septembre 2025

**Date de début des inscriptions**

- 31 mars 2025

IBAN : FR76 1010 7001 7500 5200 4394 030 – CODE BIC : BREDFRPPXXX

Nom : ..... Prénom(s) : .....  
Nom de naissance : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : ..... Département : .....  
Nationalité : .....  
N° et Rue : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. : .....  
Courriel : ..... @ .....

Conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, il est prévu que les informations nominatives recueillies sur le présent formulaire revêtent un caractère obligatoire pour l'inscription aux Brevets d'Etat. Ces informations ne peuvent être communiquées qu'à l'administration centrale et aux services déconcentrés du Ministère des sports, de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de la Vie Associative; il existe un droit d'accès et de rectification qui s'exerce soit à l'administration centrale du Ministère, soit auprès de ses services déconcentrés.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude  
des renseignements fournis dans ce dossier

Fait à .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature du candidat

**COACH ATHLETE PERFORMANCE - 8 rue de la Michodière - 75002 Paris**  
tél : 06.63.63.89.72 - courriel : [contact@coachathleteperformance.paris](mailto:contact@coachathleteperformance.paris) -  
[www.coachathleteperformance.paris](http://www.coachathleteperformance.paris)

## Pièces à joindre obligatoirement à votre dossier d'inscription

---

- ☐ 1 curriculum vitae
- ☐ 1 lettre de motivations
- ☐ Photocopie de l'attestation de formation aux premiers secours ( AFPS, PSC1 ou SST)
- ☐ Pour les candidats de nationalité française, copie lisible de la carte nationale d'identité ou du passeport
- ☐ Pour les candidats de nationalité étrangère, copie lisible de la carte de séjour (ou son récépissé) valide accompagnée du passeport.
- ☐ Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités de la forme daté de moins de trois mois (*merci d'utiliser le modèle ci-joint*).
- ☐ Pour les moins de 25 ans de nationalité Française : Présenter la copie de son attestation de recensement et copie du certificat de participation à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) ou Journée défense et Citoyenneté (JCD).
- ☐ Une attestation d'assurance en responsabilité civile en cours de validité
- ☐ Pour les demandeurs d'emploi, une attestation d'inscription au Pôle Emploi
- ☐ Une attestation de droits (attestation vitale justifiant d'une assurance maladie)
- ☐ 1 photos (format 4 cm x 5 cm) avec le nom, prénom au dos (2 pour les contrats d'apprentissage)
- ☐ 1 chèque de 90€ à l'ordre de Coach Athlète Performance (frais de dossier / positionnement)
- ☐ Joindre la photocopie du diplôme le plus élevé

## Statut actuel

---

☐ Salarié ☐ Travailleur indépendant ☐ Demandeur d'emploi ☐ Etudiant ☐ Autre : .....

## Structure de stage :

---

.....

## Financement de la formation : Comment envisagez-vous de financer la formation ?

---

- Par un Projet de Transitions Professionnelles Oui ☐ Non ☐
- Par une aide à la formation en tant que demandeur d'emploi Oui ☐ Non ☐
- Par un Contrat d'apprentissage Oui ☐ Non ☐
- Par le CPF Oui ☐ Non ☐
- Par des Fonds Personnels Oui ☐ Non ☐
- ☐ Autre, précisez : .....

## Êtes-vous en situation de handicap ?

---

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est le handicap ? .....

Et quel est le taux de handicap ? .....

## **Diplômes, Diplômes sportifs ou titres fédéraux** *(Joindre impérativement la copie)*

---

Êtes-vous en possession de l'un des diplômes ou titres fédéraux suivants ?

- ☐ BPJEPS AF option A option B
- ☐ BPJEPS AGFF mention C mention D
- ☐ CQP ALS mention AGEE
- ☐ Brevet fédéral animateur des activités gymniques cardiovasculaires délivré par la FFG
- ☐ Brevet fédéral initiateur fédéral gymnastique aérobic délivré par la FFG
- ☐ Brevet fédéral instructeur des activités gymniques délivré par la FFG
- ☐ Brevet fédéral « BF1A » activités physiques d'expression délivré par l'UFOLEP
- ☐ Brevet fédéral animateur délivré par la FSCF
- ☐ Brevet fédéral animateur de remise en forme délivré par la FFHM
- ☐ Brevet fédéral initiateur ou assistant animateur régional délivré par la FFHM
- ☐ Brevet fédéral moniteur ou assistant animateur national délivré par la FFHM
- ☐ Brevet fédéral entraîneur ou entraîneur expert délivré par la FFHM
- ☐ Autre Brevet d'état, si oui lequel ? .....
- ☐ Autre BPJEPS, si oui lequel ? .....
- ☐ Votre Diplôme le plus élevé ? .....
- ☐ Votre dernier Diplôme ? .....

## **Votre projet professionnel**

(décrivez en quelques lignes)

.....

.....

.....

.....

# CERTIFICAT MÉDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant  
aux tests d'entrée en formation du BPJEPS specialite « educateur sportif »  
mention « Activites de la Forme »  
Options A « cours collectifs » et (ou) option B « halterophilie, musculation »

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifie  
avoir examiné ce jour Mr/Mme/Melle\* \_\_\_\_\_ et avoir constaté  
qu'il/elle\* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement des activités  
de la forme.

*\* Rayer la mention inutile*

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cachet du Médecin :**

**Signature du Médecin :**