

**BREVET PROFESSIONNEL**  
**DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET**  
**SPORTIF**

Spécialité **Educateur sportif**

Mentions **ACTIVITES DU CYCLISME** et **ACTIVITES PHYSIQUES**  
**POUR TOUS**

Formation complémentaire : Certificat de qualification Professionnel Option  
Technicien du cycle



**Promotion AUVERGNE-RHONE-ALPES 2023-2025**

**du 16 octobre 2023 au 16 mars 2025**

**Institut National de Formation Fédération Française de Cyclisme**  
1, rue Laurent Fignon - CS 40100 - 78069 SAINT QUENTIN EN YVELINES CEDEX  
Déclarée auprès de la Préfecture d'Ile de France sous le N° 11788326778  
Tél INF : 01.81.88.09.72 – E-mail : [inf@ffc.fr](mailto:inf@ffc.fr) – Web : <http://www.ffc.fr>  
Siret : 784.448.763.00036 – APE : 8551Z



PHOTO

# Institut National de Formation

## **BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET SPORTIF**

### **Spécialité **Educateur sportif** Mentions **ACTIVITES DU CYCLISME ET ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS****

Dossier d'inscription à retourner à l'Institut National de Formation de la FFC avant le :

**VENDREDI 30 JUIN 2023**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET ET RECU HORS DELAI NE SERA PAS TRAITE**

Je soussigné(e) NOM : .....

NOM de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....Dép. : .....

Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Téléphone fixe et/ou portable : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à ....., le .....

Signature du, de la candidat-e



**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT  
AU DOSSIER**

- Photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso en cours de validité, ou du passeport en cours de validité.
- Une photo d'identité récente.
- Copie de la licence FFC de l'année en cours
- Certificat médical de non-contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités relatives au diplôme, datant de moins d'un an (document ci-joint à faire compléter).
- Pour les moins de 25 ans, les photocopies de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté
- Copie de tous les diplômes ou attestations obtenus (scolaires, sportifs)
- Photocopie de l'attestation ou du diplôme de secourisme (PSC1)
- Photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie
- Copie de l'attestation d'assurance de Responsabilité Civile
- Curriculum Vitae
- Lettre de motivation
- Chèque de 100 € libellé à l'ordre de l'INF correspondant aux frais d'inscription, qui ne seront jamais remboursés quelles que soient les raisons de l'arrêt de la formation.

**Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter :**

Responsable Administrative	Anne-Marie CLOAREC	01.81.88.09.51
CTS Formation Coordinateur DESJEPS	Gregory LABBE	06.15.82.06.75
Directeur de l'INF	Yves PARET	06.80.58.67.90



**FICHE D'IDENTITE STAGIAIRE**

M.

Mme

NOM (de naissance) : .....

NOM d'USAGE : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à .....

Département ou pays de naissance : .....

Nationalité : .....

N° de Sécurité Sociale (n°INSEE) : \_\_\_\_\_

Statut personne handicapée : OUI  NON

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Liste de tous les diplômes obtenus et de leurs spécialités

Année d'obtention

.....  
.....  
.....

Année de fin de scolarité : .....

**VOUS EXERCEZ UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Profession actuelle : .....

SALARIE

TRAVAILLEUR INDEPENDANT

Secteur public Fonctionnaire

Secteur public Agent non titulaire

Secteur privé en CDI

Secteur privé en CDD

Contrat aidé (CAE/CUI, ...)

Indiquez les noms, adresse et téléphone de votre employeur (**impératif**) : .....

.....  
.....



Demande de Congé Individuel de Formation ou Compte Personnel de Formation

OUI

NON

Si OUI, a-t-elle été acceptée ? OUI  (copie du document) NON

Attente d'une décision

Nom de l'OPCO : .....

**VOUS N'EXERCEZ PAS D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

Etudiant(e) OUI  NON

Inscrit à Pôle Emploi OUI  NON

Date d'inscription : .....

N° identifiant Pôle Emploi : .....

Adresse pôle Emploi : .....

Indemnisation (\*) OUI  NON

Date prévue de fin d'indemnisation : .....

(\*) joindre la notification de décision de Pôle Emploi (accord ou refus)

**PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE LA FORMATION**

OUI

- Employeur (*faire compléter l'attestation de prise en charge*)
- Association ou club (*faire compléter l'attestation de prise en charge*)
- Congé Individuel de Formation (*joindre l'accord de l'OPCO*)
- Compte Personnel de Formation (*joindre l'accord de l'OPCO*)
- Pôle Emploi
- Autre (*à préciser*) :

NON

- Financement personnel
- A la recherche de prise en charge



**ATTESTATION de PRISE en CHARGE FINANCIERE  
Par le financeur**

**BREVET PROFESSIONNEL  
MENTIONS ACTIVITES DU CYCLISME/APT**

Je soussigné(e), nom, prénom, qualité .....

Représentant la structure : .....

Adresse, téléphone, e-mail : .....

.....

Déclare prendre en charge les frais pédagogiques relatifs à la formation de Monsieur ou Madame  
(nom, prénom) .....

Les frais pédagogiques devront être facturés à (*nom et adresse*) :

.....

.....

**Si une demande d'aide à la formation a été faite auprès d'un Opérateur de Compétences Agréé (OPCO), il est impératif de fournir la copie de la demande avant l'entrée en formation.**

**En aucun cas, il ne sera accepté de subrogation en ce qui concerne le paiement de cette formation, s'il est constaté une non prise en charge ou refus de prise en charge par un OPCO, un organisme financeur, ou pôle emploi, la facture sera intégralement due par le demandeur de cette formation au prix définie en début de formation.**

Fait à

Fait à

Le

Le

**Signature du responsable,**

**Signature du, de la candidat(e)**

Cachet de la structure ou de l'entreprise



<b>CERTIFICAT MEDICAL</b>
---------------------------

Je soussigné(e) .....Docteur en médecine, certifie avoir examiné  
ce jour M..... et n’avoir constaté aucune contre-  
indication à la pratique et à l’enseignement des activités du cyclisme.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

P.S. : ce certificat devra dater **de moins d’un an** à la date limite d’inscription à la formation.



**FICHE ALTERNANCE**

*Ce document n'est pas contractuel. Une convention de stage pédagogique sera établie ultérieurement entre les différentes parties.*

**BREVET PROFESSIONNEL  
MENTION ACTIVITES DU CYCLISME/APT**

**NOM :** ..... **PRENOM :**.....

**Date :**  
.....  
.....

Nom de la structure d'accueil : .....  
Nom et Prénom du responsable légal de la structure : .....  
.....

Adresse de la structure d'accueil : .....  
.....  
.....

Numéro de téléphone : .....

Email .....

Activités proposées par la structure :  
- .....  
.....  
- .....  
.....

Nom et prénom du tuteur : .....  
Adresse complète et numéro de téléphone du tuteur : .....  
.....  
.....

Diplôme(s) du tuteur (fournir obligatoirement la copie du diplôme) : .....

Le tuteur s'engage à participer à la formation obligatoire des tuteurs (1 jour en présentiel) et à compléter les fiches d'alternance entre chaque session de formation en présentiel du stagiaire.

Signature du tuteur :

Signature du représentant légal de la structure  
et cachet de la structure :

Signature du stagiaire :