

DIPLÔME D'ÉTAT SUPÉRIEUR
DE LA JEUNESSE ET DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET
SPORTIF

Spécialité **Performance sportive**

Mention **Cyclisme**



Promotion 2023-2024

du 03 octobre 2023 au 31 Décembre 2024

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 – Web : <http://www.ffc.fr>
Siret : 784.448.763.00036 – APE : 8551Z



PHOTO

Institut National de Formation

DIPLOME D'ETAT SUPERIEUR DE LA JEUNESSE ET DE L'EDUCATION POPULAIRE ET SPORTIF

Spécialité **Performance sportive** Mention **Cyclisme**

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

VENDREDI 26 MAI 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
- Attestation d'expérience d'encadrement en perfectionnement sportif ou en formation de cadres, d'au moins 350 heures, dans les 5 dernières années, dans l'une des spécialités du cyclisme.
- 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) :

N° de Licence FFC :

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**

**DIPLOME D'ETAT SUPERIEUR
MENTION CYCLISME**

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



CERTIFICAT MEDICAL

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.

**DIPLOME D'ETAT SUPERIEUR
MENTION CYCLISME**

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 :