



profession
sport & loisirs

Profession Sport Loisirs
Maison Départementale des Sports
16 chemin Joseph de Courvoisier
25000 BESANCON
Tél. : 03 81 88 35 35 / Fax : 03 81 88 58 17

N° SIRET : 381 387 620 00044
N° déclaration d'activité : 43 25 01723 25

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

NOM - Prénom :

ADRESSE :

COMPLEMENT :

CODE POSTAL ET VILLE :

TELEPHONE/PORTABLE :

PHOTO D'IDENTITE

**CERTIFICAT COMPLEMENTAIRE
DIRECTION D'UN ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS**

DOSSIER A RETOURNER AVANT LE 25 JANVIER 2019

DOCUMENTS A FOURNIR :

- 2 photos d'identité dont 1 collée ci-dessus
- La photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Pour les français de moins de 25 ans, le certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense ou le cas échéant, l'autorisation de report
- L'attestation de l'unité d'enseignement « Prévention et Secours Civiques » de niveau 1 (PSC 1) ou d'un titre admis en équivalence
- Un certificat médical de non contre-indication à l'encadrement des mineurs, datant de moins de 3 mois à la date de clôture des inscriptions
- Une attestation d'assurance « responsabilité civile » en cours de validité
- Un diplôme BPJEPS ou DEJEPS ou DESJEPS; le cas échéant, une attestation d'entrée en formation.
- Une ou plusieurs attestation (s) délivrée (s) par des structures d'accueil justifiant une expérience d'animation de mineurs, dont une au moins en accueil collectif de mineurs, d'une durée totale de vingt-huit jours dans les cinq ans qui précèdent l'entrée en formation.
- Une lettre de motivation et un CV ; le cas échéant, le CV du tuteur.

VOTRE IDENTIFICATION

<input type="checkbox"/> Monsieur				<input type="checkbox"/> Madame		<input type="checkbox"/> Mademoiselle	
Nom :				Nom de jeune fille :			
Prénom :				Sexe :		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Date de naissance :				Lieu de naissance :			
Nationalité :				Situation familiale :			
Adresse :							
Code postal :				Ville :			
Téléphone/portable :				E-mail :			
N° Sécurité Sociale :							

VOTRE SITUATION

<input type="checkbox"/> SALARIE	Nom de l'employeur :
<input type="checkbox"/> DEMANDEUR D'EMPLOI	
<input type="checkbox"/> SCOLAIRE OU ETUDIANT	
<input type="checkbox"/> AUTRE SITUATION	Préciser :

VOTRE CURSUS DE FORMATION**CURSUS SCOLAIRE**

Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de :	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 2 ^{nde}	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère}	<input type="checkbox"/> Terminale
Diplôme scolaire le plus haut obtenu :				
Année d'obtention :				

CURSUS UNIVERSITAIRE

Suivi d'études universitaires :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles :		
Diplôme universitaire le plus haut obtenu :		
Année d'obtention :		

CURSUS PROFESSIONNEL

Suivi de formations professionnelles :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles :		
Diplôme professionnel le plus haut obtenu :		
Année d'obtention :		

VOTRE QUALIFICATION EN ANIMATION

COCHER LES TITRES, DIPLOMES OU ATTESTATIONS OBTENUS (joindre impérativement les photocopies) :

- BAFA
- Formation générale BAFD
- Perfectionnement BAFD
- Autorisation d'équivalence BAFD
- Dérogation BAFD

VOTRE EXPERIENCE

FONCTIONS EXERCEES DANS L'ANIMATION

Fonctions	Périodes	Nombre d'heures	Nom de la structure

VOTRE FINANCEMENT

FINANCEMENT ENVISAGE

OPCA Préciser le nom et l'adresse de la structure de rattachement (employeur) :

Préciser le dispositif :

- Contrat d'apprentissage
- Contrat de professionnalisation
- Période de professionnalisation
- Plan de formation de la structure employeur
- CPF
- Autres Préciser :

Personnel

Autre

VOTRE CHOIX DU STAGE

Pour obtenir le certificat complémentaire « direction d'un accueil collectif de mineurs », vous devez suivre obligatoirement un stage pratique **en exerçant les fonctions de direction pendant au moins 18 jours**, consécutifs ou non consécutifs, d'un accueil collectif de mineurs déclaré, tel que défini dans le code de l'action sociale et des familles.

STAGE ENVISAGE

Périodes	Nom de la structure

Fait à

, le

(Nom et signature)