

DOSSIER D'INSCRIPTION

CQP Instructeur Fitness option Musculation, Personal Training

ETAT CIVIL DU CANDIDAT

Nom :

Collez votre
photo d'identité
ici svp

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Département : Pays :

(Merci de préciser le n° de département avec la commune)

Nationalité :

Adresse postale :

Code postal : Commune :

N° tél portable : Adresse mail :

N° et organisme responsabilité civile :

N° Sécurité Sociale :

Mobilité géographique :

Titulaire du permis de conduire B : oui non

Voiture : oui non

Sports pratiqués :

Précisez la discipline, la fréquence, et le niveau pratiqué (loisir/régulier/compétition) :

-

-

-

VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

Veuillez d'écrire en quelque ligne votre projet professionnel à la suite de la formation
(à court, moyen, et long terme).

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

SCOLARITE – DIPLÔME

Diplômes solaires et universitaires

- Sans diplôme B.E.P.C CAP BEP BAC
 DUT/BTS DEUG Licence Maîtrise Master

Préciser la spécialité :

Préciser le nom de l'établissement et son département :

Si pas de diplôme, quel niveau d'études possédez-vous ?

Qualifications obtenues dans le domaine de l'encadrement des activités socio-culturelles et des activités physiques et sportives

- BAFA BAFD BASE BAPAAT BEATEP
 BP JEPS : spécialité
- CQP : spécialité
- BEES : 1^{er} degré 2^{ème} degré spécialité :

Autres (à préciser) :

SITUATION PROFESSIONNELLES AU DEMARRAGE DE LA FORMATION

- Salarié(e) :
 CDI, domaine :
- Travailleur indépendant
- Inscrit France Travail – N°(7 chiffres.1.lettre).: depuis le :
- Percevez-vous une allocation : ARE Autre :
- Étudiant(e) – Dernière classe suivie :
- Autre, à préciser :

Comment avez-vous connu ProSportConcept ?

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Le coût de la formation est de 4 000,00 €

Prise en charge de la formation :

Club, Fédération, Association. Précisez le nom de l'établissement :

.....

France Travail + CPF, Conseil Régional, Mission Locale. Précisez qui :

.....

CPF seul. Précisez le montant :

Employeur, OPCO. Précisez l'OPCO :

Autofinancement (*un plan de financement est proposé et étalé sur 15 mois*)

Merci d'indiquer ci-dessous les démarches réalisées au regard du financement :

STRUCTURE D'ACCUEIL (*Non obligatoire pour l'inscription en formation*)

La formation CQP IF nécessite d'avoir une structure (association, entreprise) pour le stage pratique :

Coordonnées de la structure d'accueil pour la période de formation en entreprise :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom et fonction du responsable de la structure :

.....

Le tuteur :

Nom et Prénom :

Coordonnées tél / mail :

Diplôme sportif :

N° de carte pro :

PRÉPARATION AUX TESTS

- Je souhaite avoir des informations sur la préparation aux tests
- Je m'entraîne seul
- J'ai déjà un coach

MA CANDIDATURE

Je soussigné(e),

Déclare sur l'honneur, avoir pris connaissance des conditions d'inscription liées à la formation, que les renseignements fournis dans mon dossier d'inscription sont sincères et véritables, et solliciter mon inscription aux épreuves de sélections pour l'entrée en formation du CQP IF MPT.

Fait à :

Le :

Signature du candidat :

La loi rend possible d'amende et emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-7 du Code Pénal).

Pièces justificatives à fournir

- Le dossier d'inscription complété
- 1 photocopie lisible de la carte nationale d'identité en cours de validé (recto-verso)
Ou du passeport en cours de validité
- 1 photocopie de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS, PSC1)
- Certificat médical de moins d'un an au passage des TEP (*modèle en page 5*)
- 1 photo d'identité récentes dont une à coller sur le dossier d'inscription
- 1 photocopie du ou des diplômes sportifs (permettant une équivalence/allègement)
- CV à jour
- Chèque de 60 € pour frais d'inscription (*non-remboursable, à l'ordre de ProSportConcept*)

Dossier à retourner avant le **11/08/2025** à l'adresse suivante (cachet de la poste faisant foi) :

ProSportConcept

9, avenue de Terreblanque - 40230 SAINT VINCENT DE TYROSSE

Certificat médical

(De moins de 1 an au moment de l'inscription)

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Madame, Mademoiselle, Monsieur (1)

NOM :

Prénom :

Et avoir constaté que le patient ne présente aucune contre-indication cliniquement apparente à la pratique et à l'encadrement des Activités Physiques et Sportives ainsi qu'au passage des tests physiques d'entrée en formation.

Fait à le

Cachet et signature du praticien

(1) Rayer la mention inutile