



**CERTIFICAT DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE  
ANIMATEUR DE LOISIR SPORTIF (CQP ALS)**

**DU 26/02/2018 AU 09/06/2018**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**DEMANDE DE CANDIDATURE *COMPLETE* À ADRESSER OU DÉPOSER À :**  
**IMF 63/65 RUE BAGNOLET 75020 PARIS**

**AVANT LE 19/01/2018**

**OPTION :**                    **ACTIVITÉS GYMNIQUES D'ENTRETIEN ET D'EXPRESSION**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :  Salarié (Emploi occupé) : \_\_\_\_\_

Demandeur d'emploi

Etudiant

**Moyen de paiement envisagé pour la formation :** \_\_\_\_\_

**TOTALITE DES PIECES A JOINDRE EN UN SEUL ENVOI (et dans cet ordre) AU DOSSIER DE CANDIDATURE :**

**AVANT LE 19/01/2018**

- Une photo d'identité récente à coller en haut du présent dossier
- Les pages n°1, 3, 4, 5 et 6 de ce dossier à remplir dont :
  - ✓ L'attestation de pratique de 140h en tant qu'adhérent **sur le modèle joint** page n°4 : à faire signer et tamponner par votre salle où vous êtes inscrit en tant qu'adhérent.
  - ✓ Un certificat médical **sur le modèle joint** page n°6, contenant la mention exacte « **non contre- indication à la pratique et à l'animation sportive** ». Datant de moins de 3 mois à la date du 1<sup>er</sup> jour de formation soit daté après le : 19/10/2017.
- Une copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité, recto/verso sur la même page.
- Une copie de votre diplôme PSC1 définitif (ou AFPS ou autre équivalent)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile à votre nom (à demander auprès de votre assurance habitation)
  - ✓ Si vous habitez chez quelqu'un : une attestation d'hébergement, la copie de sa pièce d'identité et son attestation d'assurance.
- Les frais de traitement de dossiers par chèque de 15€ TTC à l'ordre de : « IMF » (encaissés immédiatement).
- Une enveloppe vierge (sans adresse inscrite) format A4, affranchie pour un total de 3€00 TTC.

**TARIFS CQP ALS AGEE IMF 2018:**

Frais de dossiers et de tests de sélection 15 € 00 TTC

Puis si vous êtes sélectionnés :

Frais d'inscriptions 36 € 00 TTC  
Frais de formation 1698 € 00 TTC

## PARCOURS DE FORMATION

### FORMATION FÉDÉRALE

| <b>Diplômes fédéraux FSCF ou autres</b> | <b>Année</b> |
|---|--------------|
|   |              |
|   |              |
|   |              |

*Joindre les justificatifs (photocopies)*

| <b>Perfectionnement ou recyclage</b><br><i>(n'indiquer que les dernières formations suivies)</i> | <b>Année</b> |
|--|--------------|
|  |              |
|  |              |
|  |              |

*Joindre les justificatifs (photocopies)*

### AUTRES FORMATIONS

| <b>Diplômes scolaire(s), universitaire(s), professionnel(s)</b> | <b>Année</b> |
|---|--------------|
|   |              |
|   |              |
|   |              |

| <b>Diplôme(s) et formations en lien avec l'animation et/ou le sport (BAFA, BEES, BPJEPS...)</b> | <b>Année</b> |
|---|--------------|
|   |              |
|   |              |
|   |              |

*Joindre les justificatifs (photocopies)*

## ANIMATION SPORTIVE

### FONCTIONS OU EMPLOIS OCCUPÉS EN LIEN AVEC LE DIPLÔME DEMANDÉ (AU COURS DE CES 3 DERNIÈRES ANNÉES)

| <b>Dates</b><br><i>(du ... au<br/>ou Depuis le ...)</i> | <b>Fonction occupée</b> | <b>Nom de la structure ou de<br/>l'association</b> | <b>Activités et publics<br/>encadrés</b> |
|---|-------------------------|--|--|
|   |                         |  |  |
|   |                         |  |  |
|   |                         |  |  |

### AUTRES EXPÉRIENCES D'ENCADREMENT

| <b>Dates</b><br><i>(du ... au<br/>ou Depuis le ...)</i> | <b>Fonction occupée</b> | <b>Nom de la structure ou de<br/>l'association</b> | <b>Missions principales</b> |
|---|-------------------------|--|-----------------------------|
|   |                         |  |                             |
|   |                         |  |                             |
|   |                         |  |                             |

## ATTESTATION DE PRATIQUE D'ACTIVITES SPORTIVES AU REGARD DES PRÉ REQUIS DU CQP ALS<sup>1</sup>

L'ATTESTATION ICI DEMANDÉE CONCERNE UNE EXPÉRIENCE EN TANT QUE PRATIQUANT D'ACTIVITÉS ET NON EN TANT QU'ANIMATEUR D'ACTIVITÉS

**Je soussigné,**  
(Nom, prénom) : \_\_\_\_\_

**Responsable de la structure** (dénomination) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Atteste sur l'honneur que (Nom, Prénom) :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance. : \_\_\_\_\_

**A pratiqué au sein de notre structure** dans le cadre d'une pratique de loisirs ou de performance pour **une durée minimale de : 140 heures (au cours des trois dernières années) la ou les activités suivantes (préciser ci-dessous) :**

| Nature de l'activité | Volume (en heures) | Période (début et fin) |
|----------------------|--------------------|------------------------|
|                      |                    |                        |
|                      |                    |                        |
|                      |                    |                        |
|                      |                    |                        |
|                      |                    |                        |
|                      |                    |                        |

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du Responsable de la structure :

Cachet de la structure

NB : Le candidat peut présenter plusieurs attestations de pratique en reproduisant le modèle ci-dessus

<sup>1</sup> Attester d'une pratique régulière d'activités sportives de loisir ou de performance dans une même famille d'activités et d'une durée minimale de 140 heures dans les 3 dernières années précédant l'inscription en formation.



**CERTIFICAL MEDICAL**

***Indispensable pour tout(e) candidat(e) à la formation du CQP ALS AGEE***

Je soussigné(e), .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

Mr / Mme / Mlle.....

et n'avoir constaté à l'examen clinique, aucuns signes apparent de contre-indication à la pratique et à l'animation sportive pour les activités : expression, renforcement musculaire, cardio-fitness, et techniques douces.

Fait à .....

Le ...../...../ 20.....

**Cachet du Médecin**

**Signature du Médecin**