



**encpc**  
ÉCOLE NATIONALE DE LA CULTURE PHYSIQUE

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## ENCPC RENNES



**CQP INSTRUCTEUR FITNESS**  
**MONO OPTION**  
*COURS COLLECTIFS*

# DOCUMENTS À FOURNIR

- Profil stagiaire (modèle joint) complété avec précision.
- 1 photo (à coller).
- 1 chèque : 75€ pour frais de dossier et d'inscription aux tests physiques d'entrée.
- Copie recto verso de la carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité en 2 exemplaires.
- Certificat médical d'aptitude à la pratique et à l'enseignement des Activités de la forme datant de moins d'un an à l'entrée en formation : Seul le modèle joint est valable (page 7).
- Photocopie de la carte vitale.
- Photocopie du certificat de PSC1 - Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (ou équivalent : SST de moins de 2 ans ou AFPS...). L'initiation lors de la JAPD n'est pas valable.
- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité : à demander auprès de votre assurance habitation.
- Autorisation de droit à l'image signée (modèle joint page 4).
- Attestation sur l'honneur du stagiaire attestant qu'il n'est pas frappé d'une incapacité d'exercice mentionné au casier judiciaire numéro 2 (modèle joint page 5)
- Autorisation d'hospitalisation (modèle joint page 6).
- Une lettre de motivation

*Pour tout complément d'informations, n'hésitez pas à nous joindre au **02.99.30.06.81** ou par mail : **formations.ob@encp.fr***

Le dossier complet doit être retourné  
à l'adresse postale suivante :  
**ENCP**  
**4 RUE NIKOLA TESLA**  
**35000 RENNES**

# PROFIL DU STAGIAIRE

## 1- IDENTITÉ

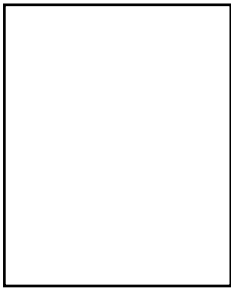


Photo à coller

Madame  Monsieur

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : à :

N° département :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone Portable :

Mail :

## 2 - INSCRIPTION CQP IF - Mono option

Je confirme et certifie souhaiter intégrer le CQP Instructeur Fitness en **mono option** : «cours collectifs».

## 3 - Cadre réservé à l'administration

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profil stagiaire      | <input type="checkbox"/> Photo                | <input type="checkbox"/> Pièce d'identité               |
| <input type="checkbox"/> Certificat médical    | <input type="checkbox"/> Carte vitale         | <input type="checkbox"/> PSC 1                          |
| <input type="checkbox"/> Responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Droit à l'image      | <input type="checkbox"/> Attestation sur l'honneur      |
| <input type="checkbox"/> Chèque                | <input type="checkbox"/> Lettre de motivation | <input type="checkbox"/> Autorisation d'hospitalisation |

# AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) ..... autorise ou n'autorise pas  
(rayer la mention inutile) l'ENCP à utiliser mon image pour la promotion de l'établisse-  
ment et pour toutes ses productions sur les différents supports de communication  
connus ou à venir.

OUI

NON

Le .....

À .....

Signature précédée de la mention  
« bon pour autorisation »

Signature :

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur :

- Ne faire l'objet d'aucune condamnation listée à l'article L 212-9 du code du sport.
- Avoir pris connaissance qu'une personne condamnée pour crime ou délits mentionnés à cet article est dans l'incapacité d'encadrer une activité physique ou sportive, à titre rémunéré ou bénévole.

## Article L212-9

Modifié par LOI n°2016-457 du 14 avril 2016 - art. 2

I. Nul ne peut exercer les fonctions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 212-1 à titre rémunéré ou bénévole, s'il a fait l'objet d'une condamnation pour crime ou pour l'un des délits prévus :

- 1° Au paragraphe 2 de la section 1 du chapitre II du titre II du livre II du code pénal ;
- 2° Au paragraphe 2 de la section 3 du chapitre II du titre II du livre II du même code ;
- 3° A la section 4 du chapitre II du titre II du livre II du même code ;
- 4° A la section 1 du chapitre III du titre II du livre II du même code ;
- 5° A la section 2 du chapitre V du titre II du livre II du même code ;
- 6° A la section 5 du chapitre VII du titre II du livre II du même code ;
- 7° Aux articles L. 3421-1 et L. 3421-4 du code de la santé publique ;
- 8° Aux articles L. 232-25 à L. 232-29 du présent code ;
- 9° A l'article 1750 du code général des impôts.

II. En outre, nul ne peut enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive auprès de mineurs s'il fait l'objet d'une mesure administrative d'interdiction de participer, à quelque titre que ce soit, à la direction et à l'encadrement d'institutions et d'organismes soumis aux dispositions législatives ou réglementaires relatives à la protection des mineurs accueillis en centre de vacances et de loisirs, ainsi que de groupements de jeunesse ou s'il fait l'objet d'une mesure administrative de suspension de ces mêmes fonctions.

Le .....

À .....

Signature :

# ATTESTATION D'HOSPITALISATION ET SOINS D'URGENCE

Je soussigné(e), M. ou Mme : .....

autorise

n'autorise pas

- À me faire hospitaliser en cas d'urgence,
- À me faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, samu...)
- À me faire soigner dès que mon état physique le nécessite,
- À me faire transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiquée toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Personne à prévenir en cas d'urgence : .....

Numéro de téléphone : .....

Avez-vous des allergies :  OUI  NON

Si oui, lesquelles : .....  
.....  
.....

Avez-vous une contre-indication médicale :  OUI  NON

Si oui, lesquelles : .....  
.....  
.....

Le .....

À .....

Signature :

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) ..... ,  
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné à ce jour,  
M. ou Mme ..... ,

Et avoir constaté qu'il ou elle ne présente aucune contre-indication à la pratique et à  
l'enseignement des Activités de la Forme option «cours collectifs» et/ou  
«haltérophilie-musculation».

Au regard des exigences de la formation, ce sujet répond aux critères ci-dessous :

- État satisfaisant de la colonne vertébrale
- État satisfaisant du système cardio-respiratoire
- État satisfaisant des articulations

Le .....

À .....

Signature et cachet du médecin :