



# encpc

ÉCOLE NATIONALE DE LA CULTURE PHYSIQUE

# DOSSIER D'INSCRIPTION PRÉPA SPORT ENCPC MARSEILLE



# DOCUMENTS À FOURNIR

- Profil stagiaire (modèle joint) complété avec précision.
- 1 photo (à coller).
- Copie recto verso de la carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité en 2 exemplaires.
- Photocopie de la carte vitale.
- Attestation d'assurance responsabilité civile en cours de validité : à demander auprès de votre assurance habitation.
- 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 5).
- Autorisation de droit à l'image signée (page 6).
- Attestation sur l'honneur (page 7).
- Attestation d'hospitalisation et soins d'urgence (page 8).
- Autorisation parentale (exclusivement pour les mineurs) (page 9).

*Pour tout complément d'informations, n'hésitez pas à nous joindre  
au **02.99.30.06.81** ou par mail : **bp.af@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

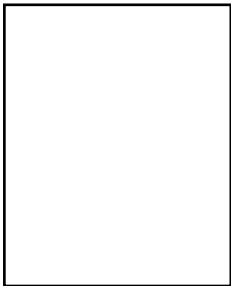


Photo à coller

Madame  Monsieur

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le :

à :

N° département :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone Portable :

Mail :

Numéro INE :

(à retrouver sur la carte étudiant, le certificat de scolarité ou sur les relevés de notes collège et lycée)

Numéro de sécurité sociale :

## 2 - Parcours scolaire et professionnel

Date de votre fin de scolarité (collège, lycée, études supérieures) mois/année : .....

.....

Diplôme le plus élevé obtenu :

Bac+5  Bac+4  Bac+3  Bac+2  Bac / BP JEPS / BT  
 BEP / CAP  BEPC / DNB

Intitulé du diplôme le plus élevé obtenu : .....

.....

# PROFIL DU STAGIAIRE

## 3 - Situation avant l'entrée en formation

**Demandeur d'emploi**

Adresse de votre agence Pôle Emploi : .....

.....

Coordonnées de votre conseiller Pôle Emploi (nom, prénom, adresse mail, téléphone) :

.....

.....

Percevrez-vous des allocations chômage pendant la formation ?

Oui  Non (droits épuisés ou aucun droit)

**En emploi / en activité**

Statut :

Salarié du privé  Salarié du public  Autre, précisez :

Contrat :

CDI  CDD  Autre, précisez :

Temps plein  Temps partiel

**Étudiant**

Cursus suivi : .....

**Autre, précisez :** .....

.....

## 4 - Inscription PRÉPA aux métiers du sport

Je confirme et certifie souhaiter intégrer la PRÉPA aux métiers du sport au sein du campus de MARSEILLE pour la session de Septembre.

# 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 :

# 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'établissement 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 :



# AUTORISATION PARENTALE

*uniquement pour les mineurs*

Je soussigné(e) ..... Père - Mère - Tuteur  
(Rayer les mentions inutiles)

Adresse : .....

Code postale : ..... Ville .....

Numéro de téléphone : .....

## **Autorise mon enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

### **À s'inscrire à la formation «Préparation d'orientation aux métiers du sport».**

J'autorise, le cas échéant, le responsable de formation à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence dans la mesure où les circonstances obligerait à un recours hospitalier ou clinique.

J'autorise également mon enfant à se déplacer en dehors du centre de formation situé au : Studio Decanis, 22 Avenue de Saint-Barnabé 13004 MARSEILLE, pour toutes activités en lien avec la formation.

Pour faire valoir ce que de droit,

Le .....

À .....

Signature :