



## Dossier d'inscription aux Tests d'exigences préalables (TEP) du BPJEPS Activités Physiques pour Tous (BPAPT)

Je souhaite m'inscrire au TEP du diplôme du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport Spécialité « Éducateur Sportif » Mention « Activités Physiques pour Tous » :

### 1. JE SOUHAITE M'INSCRIRE AUX (veuillez cocher la session retenue) :

- SESSION 1 : TEP BPAPT du vendredi 2 juin 2023
- SESSION 2 : TEP BPAPT du mercredi 12 juillet 2023
- SESSION 3 : TEP BPAPT du mardi 29 août 2023

### 2. FICHE SIGNALÉTIQUE :

Sexe :  Femme.  Homme

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .../.../.....Lieu de naissance : .....Dépt. Naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Tel fixe : ...../...../...../...../...../ Portable ...../...../...../...../...../

Email : .....@.....

Personne à contacter en cas d'urgence.....

Tel fixe : ...../...../...../...../...../ Portable ...../...../...../...../...../

### 3. QUALIFICATIONS OBTENUES OUVRANT DROIT A DISPENSE OU EQUIVALENCE :

#### a. Vos diplômes scolaires et/ou Universitaires :

.....  
.....

#### b. Vos diplômes dans le domaine de l'encadrement des activités socioculturelles ou sportives :

.....  
.....



#### **4. LES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR (obligatoires) :**

**Note importante :**

- **Votre inscription ne sera définitive qu'à réception, avant la date butoir (soit 15 jours avant la date des TEP, le cachet de la poste faisant foi), de l'ensemble des pièces de votre dossier.**
- **Si vous échouez -ou ne vous présentez pas- à une épreuve, vous devrez vous ré-inscrire pour la session suivante.**
- **Notez que les frais d'inscription ne seront pas remboursés dans les situations suivantes :**
  - o Absence sans motif valable le jour des épreuves
  - o Non présentation à l'une des épreuves
  - o Choix personnel de vous présenter à une date ultérieure de session après la validation de votre dossier.
  - o Seuls les motifs impérieux justifiés ci-dessous donneront droit à remboursement :
    - Blessure ou maladie justifiée par un certificat médical transmit, au plus tard, le jour des TEP.

**PIECE D'IDENTITE** : copie RECTO VERSO d'une pièce d'identité en cours de validité.

**PHOTO D'IDENTITE** : joindre une photo d'identité

**CERTIFICAT MEDICAL** : le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive (veuillez utiliser le modèle BPAPT règlementaire joint à ce dossier d'inscription et datant de moins de 1 an)

**SI DEMANDE DE DISPENSE ou D'EQUIVALENCE DES TEP** : copies des diplômes ou des justificatifs donnant droit à dispense ou équivalence des TEP.

**POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** : l'avis du médecin agréé par la Fédération Française Handisport ou par la Fédération Française de Sport Adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap.

**UN CHÈQUE DE 30€ à l'ordre de IRSS SPORT**

#### **5. DROITS À L'IMAGE ET DIFFUSION DES DONNÉES**

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, nous vous informons que votre identité, vos résultats d'examen, pourront être diffusés :

- Sur site Internet de la DRAJES de Normandie
- Aux organismes de formation habilités.

J'accepte cette mise en ligne

Je n'accepte pas cette mise en ligne

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Je certifie avoir pris connaissances des différentes modalités d'inscription et conditions d'admission.

<b>Fait à :</b>	<b>Le :</b>	<b>Signature du candidat :</b>
-----------------	-------------	--------------------------------



## Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement des Activités Physiques pour Tous

Je soussigné Docteur .....

Demeurant .....

### **CERTIFIE AVOIR EXAMINE**

M / Mme ..... Né(e) le .....

Demeurant .....

Et n'avoir constaté à ce jour, de contre-indications médicales à la pratique et à l'enseignement des activités physiques pour tous.

Taille : ..... Poids : .....

Observations éventuelles : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature et Cachet du Médecin