

## PARCOURS COORDONNE

**CQP** « **C**ertificat de **Q**ualification **P**rofessionnelle »  
**ALS** « **A**nimateur de **L**oisir **S**portif »

### BI-QUALIFIANT

**AGEE** « **A**ctivités **G**ymniques d'**E**ntretien et d'**E**xpression »  
ET

**JSJO** « **J**eux **S**portifs **J**eux d'**O**pposition »

### TERRITOIRE

Nîmes

Alès

Dossier d'inscription à retourner au Comité Départemental UFOLEP du Gard avec un chèque de 100 € à l'ordre du C.D de l'UFOLEP du Gard correspondant aux frais d'inscription.

Je soussigné(e) NOM : .....Prénom : .....

NOM de jeune fille : .....Date de naissance : ...../...../.....

Ville / Pays de naissance : ...../.....

Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Commune : .....

☎ : ...../...../...../...../..... @ : .....@.....

Etes vous en situation d'handicap:  Oui  Non

Sollicite mon inscription à la formation du **CQP ALS Option** :

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre des épreuves et de la formation.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du candidat :

## Pièces ADMINISTRATIVES à fournir

Cadre réservé  
à l'UFOLEP

Justificatif de domicile ou attestation sur l'honneur d'hébergement ;

La photocopie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité ;

Un certificat médical de non contre-indication à la pratique des AGEE/ JSJO et à l'enseignement des activités relatives au diplôme, datant de moins de trois mois (document ci-joint à remplir) ;

Un chèque de 100 € (droit d'inscription) à l'ordre du Comité Départemental de l'UFOLEP du GARD ;

Motivations écrites ;

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez contacter :  
Mme VIALE— 07 49 91 48 17

**CERTIFICAT MEDICAL**

Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné(e) : ..... Docteur(e) en :

Médecine générale     Médecine du sport     Autre spécialité : .....

Certifie avoir examiné ce jour, M / Mme (rayer la mention inutile) :

.....

Demeurant : .....

.....

Et n'avoir relevé aucune signe clinique, ni aucune contre-indication dans les antécédents :

**A LA PRATIQUE SPORTIVE ET A L'ENCADREMENT ET A L'ANIMATION DE LOISIR SPORTIF**

Sans restriction     A l'exception de la (des) discipline(s) :

.....

.....

Fait à : .....,

Le ...../...../.....

Signature et Cachet du Médecin

**Informations au médecin signataire**

*L'article L. 231-2 du Code du Sport prévoit que les Fédération doivent veiller à la santé de leurs licenciés.  
En application de cet article, la délivrance du certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi »  
qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre-indication temporaire ou définitive à la pratique  
sportive.*

**MOTIVATIONS**

1 - Expériences professionnelles et scolaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 - Expériences personnelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....