



Photo  
d'Identité

# Dossier d'inscription

La formation que souhaitez suivre :

| CPJEPS<br>AAVQ                       | BPJEPS<br>APT                         | BPJEPS AF                                  | TP MAVS                                     | TP RPMS                                | TP NTC                                | TP ICS                           |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alençon<br><input type="checkbox"/>  | Avranches<br><input type="checkbox"/> | AF HM Caen<br><input type="checkbox"/>     | Cherbourg<br><input type="checkbox"/>       | Distanciel<br><input type="checkbox"/> | Caen<br><input type="checkbox"/>      | Caen<br><input type="checkbox"/> |
| Caen<br><input type="checkbox"/>     | Caen<br><input type="checkbox"/>      | AF HM Le Havre<br><input type="checkbox"/> | E-Triade<br><input type="checkbox"/>        | Présentiel<br><input type="checkbox"/> | Cherbourg<br><input type="checkbox"/> |                                  |
| Le Havre<br><input type="checkbox"/> | Flers<br><input type="checkbox"/>     | AF CC Le Havre<br><input type="checkbox"/> | School Malherbe<br><input type="checkbox"/> |                                        |                                       |                                  |
| Rouen<br><input type="checkbox"/>    | Le Havre<br><input type="checkbox"/>  |                                            |                                             |                                        |                                       |                                  |

Comment avez-vous connu Caen Training ?

- ☐ Bouche à oreilles   
 ☐ Réseaux Sociaux   
 ☐ Journée Portes Ouvertes   
 ☐ Salons  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

Votre situation actuelle

**Scolaire**    ☐ Brevet    ☐ Baccalauréat    ☐ Autre

**Étudiant**    ☐ Université    ☐ BTS/DUT    ☐ École Privée    ☐ Autre

**Salarié**    ☐ CDD    ☐ CDI    ☐ Contrat Apprentissage ou Professionnalisation

**Autre** \_\_\_\_\_

Êtes-vous en situation de handicap :    ☐ OUI    ☐ NON

*Bénéficiaire de la loi de février 2005 CDAPH (ancienne reconnaissance COTOREP), victime d'accident du travail ou maladie professionnelle, titulaire de la carte d'invalidité, pensionné(e) de guerre, titulaire de l'AAH (joindre le justificatif)*



Photo  
d'Identité

# Dossier d'inscription

## La formation que souhaitez suivre :

### BPJEPS APT

- ☐ Avranches  
☐ Caen  
☐ Flers  
☐ Le Havre

### BPJEPS AF

- ☐ AF HM Caen  
☐ AF HM Le Havre  
☐ AF CC Le Havre

### CPJEPS AAVQ

- ☐ Alençon  
☐ Caen  
☐ Le Havre  
☐ Rouen

### TP MAVS

- ☐ E Triade  
☐ Cherbourg  
☐ School  
Malherbe

### TP RPMS

- ☐ Distanciel  
☐ Présentiel

### TP NTC

- ☐ Caen  
☐ Cherbourg

### TP ICS

- ☐ Caen

## Informations personnelles :

Nom et Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ ans

Date de Naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de Naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Numéro de Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Permis B ☐ OUI ☐ NON

Email \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité Sociale \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_

Numéro INE \_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ \_

## Comment avez-vous connu Caen Training ?

- ☐ Bouche à oreilles ☐ Réseaux Sociaux ☐ Journée Portes Ouvertes ☐ Salons  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

## Votre situation actuelle

**Scolaire** ☐ Brevet ☐ Baccalauréat ☐ Autre

**Étudiant** ☐ Université ☐ BTS/DUT ☐ École Privée ☐ Autre

**Salarié** ☐ CDD ☐ CDI ☐ Contrat Apprentissage ou Professionnalisation

**Autre** \_\_\_\_\_

**Êtes-vous en situation de handicap :** ☐ OUI ☐ NON

*Bénéficiaire de la loi de février 2005 CDAPH (ancienne reconnaissance COTOREP), victime d'accident du travail ou maladie professionnelle, titulaire de la carte d'invalidité, pensionné(e) de guerre, titulaire de l'AAH (joindre le justificatif)*



# Dossier d'inscription

**Formation(s) et diplôme(s) scolaire(s), incluant d'autres diplômes (par ex : BAFA, CFF1, TFP4 hand...)**

| Intitulé de la Formation | Nom de l'établissement ou de l'OF | Année de début/Année de fin | Diplôme Obtenu                                         |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
|                          |                                   |                             | <input type="radio"/> OUI<br><input type="radio"/> NON |
|                          |                                   |                             | <input type="radio"/> OUI<br><input type="radio"/> NON |
|                          |                                   |                             | <input type="radio"/> OUI<br><input type="radio"/> NON |
|                          |                                   |                             | <input type="radio"/> OUI<br><input type="radio"/> NON |

**Pratique Sportive du Candidat**

☐ *Je ne pratique aucune activité sportive*

| Sport | Encadrement ou Pratique                                              | Période | Nom de la Structure |
|-------|----------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
|       | <input type="radio"/> Je pratique<br><input type="radio"/> J'encadre |         |                     |
|       | <input type="radio"/> Je pratique<br><input type="radio"/> J'encadre |         |                     |
|       | <input type="radio"/> Je pratique<br><input type="radio"/> J'encadre |         |                     |



# Dossier d'inscription

## Votre motivation

*Pourquoi souhaitez-vous intégrer la formation ?*

---

---

---

*Quel est votre projet professionnel ?*

---

---

---

## Présentation de la structure d'alternance (si connue au moment de l'inscription)

Nom de la Structure \_\_\_\_\_

Domaine sportif de la structure \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Numéro de Téléphone de la Structure \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du Responsable de la Structure \_\_\_\_\_

Email du Responsable \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone du Responsable \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nature des Activités et Publics de la Structure \_\_\_\_\_

---

---

