

formation-professionnelle.ufcv.fr

Coordonnées de l'UFCV
57 rue du General de Gaulle,
45650 Saint Jean le Blanc

Dossier à retourner complet à l'UFCV, avec les
pièces à fournir, pour le :

lundi 2 juin 2025



Tout dossier incomplet sera automatiquement rejeté

*** Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES**

Session

Diplôme ou CPJEPS Animateur de Vie Quotidienne et d'activités
Titre professionnel :

Dates extrêmes : du 3/092025

au 16/06 2026

Lieu ST JEAN LE BLANC

Identité

**NOM de naissance	_____	**Prénom	_____
**NOM marital	_____		_____
**Adresse	_____		_____
	_____		_____
Code postal	_____	**VILLE	_____
Téléphone mobile	_____	Téléphone fixe	_____
** Courriel	_____		_____
Date de naissance	_____	Lieu + N° département	_____
N° sécurité sociale	_____	Nationalité	_____
Adresse de votre sécurité sociale	_____		
NOM et N° de téléphone mobile de la personne à contacter en cas d'urgence	_____		

Parcours de formation

Parcours dans l'animation

* ☐ BAFA

* ☐ BAFD

* ☐ CQP Animateur périscolaire

* ☐ BAPAAT, spécialité _____

* ☐ BEATEP, spécialité _____

* ☐ BEES, spécialité _____

* ☐ BPJEPS, spécialité _____

* ☐ validation partielle, diplôme et spécialité _____

UC 1 ☐

UC 2 ☐

UC 3 ☐

UC 4 ☐

* ☐ PSC1 / AFPS

* ☐ Autre (préciser) _____

Parcours scolaire

* ☐ BREVET des collèges _____

* ☐ CAP, spécialité _____

* ☐ BEP, spécialité _____

* ☐ BAC, spécialité _____

* ☐ ETUDES SUPERIEURES,

diplôme le plus élevé, spécialité _____

* ☐ Autre diplôme, le plus élevé (préciser) _____

Situation au regard de l'emploi

* ☐ Vous exercez actuellement
une activité salariée

* ☐ en CDD

date de début du contrat _____

date de fin du contrat _____

* ☐ en CDI

* ☐ Votre profession : _____

* ☐ NOM de votre structure
employeuse** : _____

Coordonnées : _____

Représentée par** (NOM, Prénom et
fonctions dans la structure) _____

Situation(s) particulière(s)

* ☐ Vous êtes demandeur d'emploi

* ☐ percevant l'allocation de base

* ☐ bénéficiaire de l'A.R.E.

Préciser votre identifiant France
Travail : _____

* ☐ Vous avez moins de 26 ans et vous
êtes suivi par la Mission Locale de : _____

* ☐ Vous détenez la reconnaissance de travailleur handicapé.

Joindre l'avis médical à suivre la formation en alternance.

* ☐ Vous êtes bénéficiaire du RSA

Au titre de cette reconnaissance, percevez-vous l'AAH ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous détenez les exigences préalables à l'entrée en formation, et que le nombre de candidats est supérieur au nombre de places, une convocation à des épreuves de sélection vous sera transmise, précisant les attendus et les modalités d'organisation.

Si votre candidature est ensuite retenue, une convocation au module de positionnement vous sera transmise précisant les modalités d'organisation.

Plan de financement de la formation

* ☐ Si accord de prise en charge de la part d'un tiers (employeur, Opcv, institutionnel...). Joindre une attestation signée de sa part, stipulant le montant de la prise en charge.

* ☐ Envisagez-vous d'autres pistes ? Si oui lesquelles et quelles ont été vos démarches ?

Structure de formation en milieu professionnel

* ☐ NOM :

Coordonnées :

Représentée par (NOM, Prénom et fonction dans la structure) :

Tuteur pressenti (NOM, Prénom et fonction dans la structure et diplôme) :

Pour mémoire : dans le cadre de votre alternance vous devez être accompagné par un tuteur. Ce dernier doit être titulaire d'un diplôme de niveau au moins équivalent au diplôme auquel vous vous inscrivez.

* ☐ Si vous ne possédez pas de structure d'alternance, quelles sont vos pistes de recherche ?

Autorisations

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : les informations communiquées sont indispensables à la prise en compte de votre demande. Elles donnent lieu à l'exercice du droit à l'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés.

J'autorise l'UFCV à utiliser mes NOMS, adresse, numéros de téléphone et courriel à d'autres fins que celui de la gestion administrative de mon dossier. ☐ OUI ☐ NON

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser les photographies sur lesquelles j'apparais dans les supports d'information et de promotion des activités de l'UFCV : catalogues, journal d'information, brochures, affiches, sites officiels Ufcv et toute autre publication que l'UFCV estimera utile à sa communication. OUI ☐ NON ☐

L'UFCV s'interdit formellement toute cession ou vente de ces données à des tiers.

Engagement

« Je certifie exacts et complets les renseignements me concernant. »

Fait à, _____ le

« Lu et approuvé ». Signature

* Cocher la case correspondante ** Écrire en CAPITALES

Détail des pièces		Cadre réservé à l'Ufcv
*○	Le présent dossier d'inscription.	○
*○	Une copie recto verso de votre carte d'identité.	○
*○	Une copie de votre attestation CPAM (AMELI)	○
*○	Le(s) justificatif(s) d'expérience dans l'animation (attestations ou certificats de travail).	○
*○	La copie de(s) diplôme(s) et/ou brevet(s).	○
*○	L'attestation de participation à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense pour les personnes de moins de 25 ans et de nationalité française.	○
*○	Le PSC1 ou brevet de secourisme équivalent	○
*○	Un CV Une lettre de motivation présentant votre parcours et votre motivation à suivre la formation CPJEPS (deux pages minimum)	○
*○	Un règlement de 50 € correspondant aux frais de dossier	○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○
*○		○

Une convocation vous sera transmise,
à réception du dossier d'inscription complet et du plan de financement finalisé.

Renseignements et démarches

Les sélections prévues, si elles se tiennent, comprennent un entretien en présentiel de 20 à 30 minutes.

Partie réservée à l'UFCV	
Stagiaire	Financement
N° inscription :	N° de tiers 1 :
N° stagiaire :	N° de tiers 2 :
N° de tiers :	N° de tiers 3 :
N° Jeunesse et Sport :	