



## 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 :**

TEP BPAPT du 17 juin 2025 à ROYAN (date limite de retour dossier le 2 juin 2025)

**2. FICHE SIGNALETIQUE :**

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 donnant droit à une dispense ou à une équivalence :**

**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 (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** : Veuillez joindre une copie RECTO VERSO d'une pièce d'identité en cours de validité.
- PHOTO D'IDENTITE** : Veuillez joindre votre photo d'identité.
- CERTIFICAT MEDICAL** : Veuillez joindre 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)
- UNE ATTESTATION DE FORMATION AUX PREMIERS SECOURS** : Veuillez joindre la copie de l'attestation (PSC1, SST, PSE1, PSE2, ou équivalent).
- SI DEMANDE DE DISPENSE ou D'EQUIVALENCE DES TEP** : Veuillez joindre les copies des diplômes ou des justificatifs donnant droit à dispense ou équivalence des TEP.
- POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** : Veuillez joindre 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** (à envoyer à IRSS SPORT, 48, Boulevard Franck Lamy 17200 ROYAN)

#### **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 Nouvelle Aquitaine
- Aux organismes de formations 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