



UNIS POUR GAGNER  
**ENSEMBLE  
POUR FORMER**



# BPJEPS Multi APST

## ACTIVITES PHYSIQUES OU Sportive POUR TOUS

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## SESSION 2025-2026

**CLÔTURE DES INSCRIPTIONS : VENDREDI 02 AOUT 2024**

**Lundi 01 Septembre 2025 au Mercredi 02 Septembre 2026**

### CALENDRIER :

- **Tests d'Exigences Préalables à l'entrée en formation (T.E.P) :** Se rapprocher de l'Organisme de Formation
- **Tests de sélection de QRM :** Mercredi 25 juin et Jeudi 21 Aout 2025

**Pour entrer en formation, la réussite de ces deux tests sont obligatoires.**

- **Positionnement et début de formation :** Lundi 01 septembre 2025  
(Sous réserve d'avoir validé les tests de sélection et les T.E.P.)

### FORMATION ACCESSIBLE :

- En apprentissage (contrat d'apprentissage)
- En formation continue (pôle emploi, auto-financement, CPF, contrat professionnalisation)

**Les informations contenues dans ce dossier sont strictement confidentielles et ne peuvent être divulguées**

### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX  
Tél : 02 35 62 17 27 - Email : 531562@lfnfoot.com - Web : www.qrm.fr  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 7810916400024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

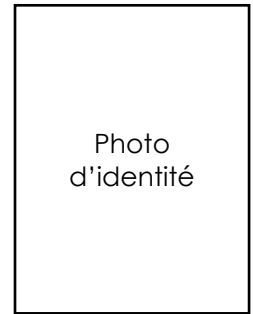
PARTENAIRES OFFICIELS :



**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
 A L'ENTREE EN FORMATION BPJEPS Multi Activités Physiques ou Sportives pour Tous  
 SESSION 2025-2026

**1. ETAT CIVIL**

Madame  Monsieur   
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 E-mail : .....



Permis de conduire (Permis B) : Oui  Non   
 Véhiculé : Oui  Non

**2. SITUATION DE HANDICAP :**

Êtes-vous en situation de handicap – bénéficiaire de la loi de février 2005 ?  Oui  Non

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

**3. DIPLOMES**

**Diplôme scolaire :**

Année scolaire	Intitulé du diplôme	Obtention du diplôme <i>(Entourer la bonne mention)</i>
---- / ----		Oui – Non – En cours
---- / ----		Oui – Non – En cours
---- / ----		Oui – Non – En cours
---- / ----		Oui – Non – En cours

**Diplôme sportif :**

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Obtention du diplôme <i>(Entourer la bonne mention)</i>
----		Module - Certifié
----		Module - Certifié
----		Module - Certifié
----		Module - Certifié

**Autres diplômes (BAFA – BAFD – ETC...) :**

- ✓ .....
- ✓ .....
- ✓ .....



#### 4. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

##### Précisez votre situation sur l'année précédente (2024 – 2025) :

- J'exerce une activité professionnelle (Précisez laquelle : .....)  
 Je suis demandeur d'emploi  
 Je suis étudiant(e)  
 Je bénéficie d'un contrat d'insertion en alternance  
 Je n'ai aucun statut particulier  
 Autres : .....

##### Précisez votre situation à l'entrée en formation :

Merci de cocher la case correspondante à votre souhait :

<input checked="" type="checkbox"/> Formation en apprentissage	<input checked="" type="checkbox"/> Formation continue
<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation <input type="checkbox"/> Financement pôle emploi <input type="checkbox"/> Financement région <input type="checkbox"/> Auto-financement
Salarié en contrat d'apprentissage – Votre structure d'apprentissage	Si salarié(e) hors contrat d'apprentissage – Informations employeur
Dénomination : ..... Statut juridique : ..... Nature des activités sportives : ..... Téléphone : ..... E-mail : .....  Adresse complète : ..... ..... .....  Code postal : ..... Ville : .....  Nom du responsable : ..... Téléphone : ..... E-mail : .....  Maître d'apprentissage : ..... Fonction : ..... Diplôme(s) : ..... E-mail : ..... Téléphone : .....  <p style="color: red; font-weight: bold; text-align: center;">Le maître d'apprentissage doit être titulaire du B.P.J.E.P.S. (ou diplôme équivalent) ou supérieur depuis 2 ans. FURNIR OBLIGATOIREMENT LE DIPLÔME</p> Nom comptable : ..... Téléphone : ..... E-mail : .....	Nom de l'employeur : ..... Numéro SIRET : ..... Code APE : .....  Adresse complète : ..... ..... .....  Code postal : ..... Ville : .....  Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....  Tuteur : ..... Fonction : ..... Diplôme(s) : ..... E-mail : ..... Téléphone : .....  Nom comptable : ..... Téléphone : ..... E-mail : .....  <p style="color: red; font-weight: bold; text-align: center;">Le tuteur doit être titulaire du B.P.J.E.P.S. (ou diplôme équivalent) ou supérieur depuis 2 ans. FURNIR OBLIGATOIREMENT LE DIPLÔME</p>

##### Exactitude des informations :

J'atteste de l'exactitude des renseignements indiqués et pièces fournies à cette inscription.

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature :

##### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX

Tél : 02 35 62 17 27 - Email : 531562@lfnfoot.com - Web : www.qrm.fr

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 7810916400024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



## 5. FINANCEMENT DE LA FORMATION – REMPLIR UNIQUEMENT LA PARTIE QUI VOUS CONCERNE

### A. Financement de la formation dans le cadre d'un contrat d'apprentissage :

Je soussigné(e), ..... représentant ..... en qualité de ..... m'engage à signer un contrat d'apprentissage avec (nom, prénom de l'apprenti) ..... dans le cadre de la formation « **B.P.J.E.P.S. – Activités Physiques pour Tous** ».

Le financement de la formation est pris en charge à hauteur de 100% pour les structures privées et à hauteur de 30% pour les structures publiques.

En parallèle de ce dossier de candidature, **vous devez impérativement prendre contact pour la signature d'un contrat d'apprentissage avec le « Centre de Formation des Apprentis – Sports Animation Tourisme Normandie » au 02.31.24.25.60 – Mme LEROY**

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature et cachet de l'employeur :

### B. Financement personnel de la formation :

Je soussigné(e), ..... m'engage à prendre personnellement en charge les frais de ma formation.

Je certifie :  n'avoir aucune prise en charge du coût de la formation « **B.P.J.E.P.S. – Multi Activités Physiques ou Sportives pour Tous** ».

Je certifie :  avoir une autre prise en charge :

- Congés Individuel de Formation C.D.D.
- Compte Personnel de formation (contacter Pôle Emploi pour le mobiliser)

Dans les 2 cas, demander un devis par mail à [formations@arm-asso.fr](mailto:formations@arm-asso.fr) en indiquant vos coordonnées postales.

Le règlement se fera par chèques de la manière suivante :

- Un chèque de 30% du coût pédagogique encaissé à l'entrée en formation
- Un ou plusieurs chèque(s) pour le solde encaissé(s) en cours de formation

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature :

**Justificatif de la prise en charge de votre formation OBLIGATOIRE, accompagné du ou des chèques à l'ordre de « QRM ASSOCIATION – Formations »**

### C. Financement de la formation par employeur / O.P.C.O. :

Je soussigné(e), ..... représentant ..... en qualité de ..... autorise mon salarié (nom, prénom) ..... a suivre la formation « **B.P.J.E.P.S. – Activités Physiques pour Tous** ».

Le financement de la formation sera pris en charge par :  Le plan de formation interne

l'OPCO :

o Nom : .....

o N° Adhésion : .....

o Téléphone : .....

La formation sera prise en charge par la structure ou par un O.P.C.O., pensez à demander un devis par mail à [formations@arm-asso.fr](mailto:formations@arm-asso.fr)

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature :

**Justificatif de la prise en charge de votre formation OBLIGATOIRE**

## Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX

Tél : 02 35 62 17 27 - Email : [531562@lnfoot.com](mailto:531562@lnfoot.com) - Web : [www.qrm.fr](http://www.qrm.fr)

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 – A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



## 6. PARCOURS SPORTIF

### Situation pour l'année 2024 – 2025 :

Licencié(e) éducateur : Oui  Non   
Structure : .....  
Licencié(e) joueur(se) : Oui  Non   
Structure (si différent) : .....

### Parcours éducateur sportif :

Saison sportive	Structure	Catégorie(s)	Fonction
---- / ----			
---- / ----			
---- / ----			
---- / ----			

### Parcours joueur :

Saison sportive	Structure	Sport
---- / ----		
---- / ----		
---- / ----		
---- / ----		

## 7. ATTESTATION

Je soussigné(e),

(Nom et prénom du candidat) .....

- Reconnais avoir pris connaissance et accepte les modalités de sélection pour l'accès à la formation, les principes de déroulement de l'ensemble des sessions de procédures d'évaluation des candidats.
- Déclare me présenter à l'intégralité des sessions de formation organisé(e)s par l'organisme de formation en cas de réussite aux tests de sélection.
- M'engage à respecter les prescriptions et directives de l'organisme de formation pendant toute la durée de la formation en entreprise et à me conformer au règlement intérieur et aux conditions générales de ventes en vigueur.
- Déclare dégager l'organisme de formation de toute responsabilité en cas de dommages matériels ou vols subis par les stagiaires (détérioration, destruction ou disparition d'un bien).

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature du candidat :

**Signature de l'employeur**  
(À défaut la structure d'accueil)



### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX  
Tél : 02 35 62 17 27 - Email : 531562@lfnfoot.com - Web : www.qrm.fr  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



## 8. ORIENTATION VERS LA FORMATION

---

### J'ai eu connaissance de cette formation par :

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presse                                    | <input type="checkbox"/> Employeur                | <input type="checkbox"/> D.R.A.J.E.S. |
| <input type="checkbox"/> Internet                                  | <input type="checkbox"/> Organisme de formation   | <input type="checkbox"/> Relation     |
| <input type="checkbox"/> C.F.A. Sport Animation Tourisme Normandie | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... |                                       |

### Organisme et conseiller qui vous ont orientée sur la formation :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mission locale                                | <input type="checkbox"/> C.A.P. Emploi                           |
| <input type="checkbox"/> Unité Territoriale d'Actions Sociales         | <input type="checkbox"/> Plan local pour l'insertion et l'Emploi |
| <input type="checkbox"/> Dispositif contrat d'accès à la qualification | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : .....               |

Nom / Prénom du conseiller : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

## 9. DEPOT DE CANDIDATURE

---

***J'informe l'organisme de formation de tous changements d'informations et/ou de situation.***

**Ce dossier de candidature dûment complété et signé,  
Accompagné de toutes les pièces à joindre est à retourner à :**

U.S. QUEVILLY ROUEN METROPOLE ASSOCIATION  
B.P. 10115 – 76143 LE PETIT-QUEVILLY CEDEX

Ou par mail à : [formations@qrm-asso.fr](mailto:formations@qrm-asso.fr)

**Tout dossier incomplet ou pièce(s) manquante(s) fera automatiquement l'objet d'un refus.**



### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX  
Tél : 02 35 62 17 27 - Email : [531562@lfnfoot.com](mailto:531562@lfnfoot.com) - Web : [www.qrm.fr](http://www.qrm.fr)  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 – A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



## PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE

Au format PDF si dématérialisé

A cocher par l'organisme de  
Formation pour validation

1. Le dossier de candidature dûment complété et signé  
y compris l'engagement de prise en charge de la formation
2. Un Curriculum Vitae (en détaillant si possible votre parcours d'éducateur)
3. Une lettre de motivation (en décrivant votre projet professionnel)
4. Copie lisible d'une pièce d'identité (au choix) 
  - o Carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
  - o Passeport en cours de validité
  - o Livret de famille
  - o Extrait de naissance
5. Copie de l'attestation de la carte vitale
6. Deux photographies d'identité (avec nom inscrit au dos de chaque photo)  
dont une collée dans le cadre réservé à cet effet (ou jpeg si format dématérialisé)
7. Copie de la formation « Premiers Secours Civiques de niveau 1 » (PSC1)
8. Copie de l'attestation de recensement (pour les -25 ans)  
ou photocopie du certificat de participation à l'appel de préparation à la défense
9. **Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'enseignement  
des activités physiques et sportives**   
de moins de 3 mois à la date du dépôt de ce dossier (voir modèle)
10. Le dossier d'inscription aux Tests d'Exigences Préalables à l'entrée en formation  
ou une dispense aux T.E.P. (fournir une photocopie de votre diplôme fédéral)
11. Une attestation de votre responsabilité civile délivrée par votre assureur  
valable sur la durée de la formation
12. Une attestation sur l'honneur (voir modèle)
13. Les pièces ou diplômes justifiants de dispenses ou d'équivalences de droit
14. Copie d'autres diplômes cités dans le dossier
15. Copie du diplôme du tuteur
16. Copie du permis de séjour pour les étrangers hors union européenne
17. Pour les personnes en situation d'handicap,  
copie du titre bénéficiaire loi du 25 février 2005 C.D.A.P.H.

*(ancienne reconnaissance COTOREP)  
victime d'accident du travail ou maladie professionnelle,  
titulaire de la carte d'invalidité,  
titulaire de la pension d'invalidité, pensionné(e) de guerre, titulaire de l'AAH*



### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX  
Tél : 02 35 62 17 27 - Email : 531562@lfnfoot.com - Web : www.qrm.fr  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Selon les articles L. 133-6, L. 227-10 et R. 227-3 du code de l'action sociale et des familles, personne ne peut exercer une fonction, à quelque titre que ce soit, en accueil collectif de mineurs, s'il a fait l'objet d'une mesure administrative de suspension / d'interdiction d'exercer ou d'une condamnation pénale incompatible avec ces fonctions.

REMARQUE : l'organisateur d'un ACM vérifiera automatiquement vos droits d'encadrer des publics mineurs par le biais de la téléprocédure TAM dès le début de votre stage.

ATTENTION : les infractions de moins de 2 ans peuvent ne pas être inscrites sur votre bulletin de casier judiciaire n°3, mais uniquement sur le n°2. Ce dernier ne peut être délivré qu'à certaines administrations ou certains organismes pour des motifs précis (accès à certaines professions par exemple).

### FORMATION B.P.J.E.P.S. – ACTIVITES PHYSIQUES POUR TOUS

Je soussigné(e), Madame/Mademoiselle, Monsieur (nom, prénom) ..... résidant à (adresse – code postal – ville).....  
né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à (lieu de naissance et n° dept.) : .....  
affirme n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation de nature à m'interdire l'exercice de la profession d'éducatrice.

Fait à : .....

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**SIGNATURE :**

(Précédée de la mention manuscrite « NOM et PRENOM attestant sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus »)

### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX

Tél : 02 35 62 17 27 - Email : 531562@lfnfoot.com - Web : www.qrm.fr

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 7810916400024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :





## CERTIFICAT MEDICAL

*Daté de moins de 3 mois avant l'entrée en formation*

Exigé pour tout(e) candidat(e) se soumettant à l'entrée en formation du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (B.P.J.E.P.S).

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour  
M. / Mlle / Mme\* ..... et avoir constaté qu'il/elle\* ne présente aucune  
contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités sportives.

\* Rayer les mentions inutiles.

Fait à : .....

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Signature et cachet du médecin :**



### Quevilly - Rouen Métropole Association

Siège social : Stade A. et M. LOZAI • 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 • 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX  
Tél : 02 35 62 17 27 - Email : 531562@lfnfoot.com - Web : www.qrm.fr  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :

