



BPJEPS **MAPST**

MULTI **A**CTIVITES **P**HYSIQUES OU **S**PORTIVES POUR **T**OUS

DOSSIER DE CANDIDATURE

SESSION 2026-2027

CLÔTURE DES INSCRIPTIONS : VENDREDI 02 AOUT 2026

Du lundi 31 Aout 2026 au jeudi 26 Aout 2027

CALENDRIER :

- **Tests d'Exigences Préalables à l'entrée en formation (T.E.P)** : Se rapprocher de l'Organisme de Formation
- **Dates d'entretien de positionnement à QRM** : Mercredi 24 juin et mercredi 26 Aout 2026

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

- **Positionnement et début de formation** : Lundi 31 aout 2026
(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, contrat professionnalisation)

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



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation
Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr
Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



DOSSIER DE CANDIDATURE

A L'ENTREE EN FORMATION BPJEPS Multi Activités Physiques ou Sportives pour Tous
SESSION 2026-2027

1. ETAT CIVIL

Madame ☐

Monsieur ☐

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

Photo
d'identité

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 (Entourer la bonne mention)
____ / ____		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 (Entourer la bonne mention)
____		Module - Certifié
____		Module - Certifié
____		Module - Certifié
____		Module - Certifié

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

- ✓
- ✓
- ✓



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation

Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr

Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



4. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Précisez votre situation sur l'année précédente (2025 – 2026) :

- ☐ 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 :

☒ Formation en apprentissage	☒ Formation continue
☐ Contrat d'apprentissage	☐ CDI ☐ CDD ☐ Contrat de professionnalisation ☐ Financement pôle emploi ☐ Financement région ☐ 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 : <i>Le maître d'apprentissage doit être titulaire du B.P.J.E.P.S. (ou diplôme équivalent) ou supérieur depuis 2 ans. FOURNIR OBLIGATOIREMENT LE DIPLÔME</i> 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 : <i>Le tuteur doit être titulaire du B.P.J.E.P.S. (ou diplôme équivalent) ou supérieur depuis 2 ans. FOURNIR OBLIGATOIREMENT LE DIPLÔME</i>
Exactitude des informations :	
J'atteste de l'exactitude des renseignements indiqués et pièces fournies à cette inscription.	
Fait à : Le :/...../..... Signature :	



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation
Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr

Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - 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@qrm-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) à 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@qrm-asso.fr

Fait à :

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

Signature :

Justificatif de la prise en charge de votre formation OBLIGATOIRE



QRM EDUC' ACCESS – Organisme de formation

Siège social : Stade A. et M. LOZAI – 2 rue Porte de Diane – B.P. 10115 – 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 – Email : formations@qrm-asso.fr – Web : qrm.fr

Association loi 1901 – F.F.F. N° 531562 – SIRET 78109164000024 – A.P.E./N.A.F. : 9312Z – JEUNESSE ET SPORT N° 4773 – N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :



6. PARCOURS SPORTIF

Situation pour l'année 2025 – 2026 :

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)



8. ORIENTATION VERS LA FORMATION

J'ai eu connaissance de cette formation par :

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Presse | ☐ Employeur | ☐ D.R.A.J.E.S. |
| ☐ Internet | ☐ Organisme de formation | ☐ Relation |
| ☐ C.F.A. Sport Animation Tourisme Normandie | ☐ Autre (précisez) : | |

Organisme et conseiller qui vous ont orientée sur la formation :

- | | |
|--|--|
| ☐ Mission locale | ☐ C.A.P. Emploi |
| ☐ Unité Territoriale d'Actions Sociales | ☐ Plan local pour l'Insertion et l'Emploi |
| ☐ Dispositif contrat d'accès à la qualification | ☐ 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

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



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation

Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr

Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - 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 justifiant 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. Justificatif d'inscription sur le site du CFA SAT ☐
18. 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*



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation

Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr

Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - 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. – Multi Activités Physiques ou Sportives 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'éducateur-trice.

Fait à :

Le : __ / __ / ____

SIGNATURE :

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



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation

Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr

Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - 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 :



QRM EDUC' ACCESS - Organisme de formation

Siège social : Stade A. et M. LOZAI - 2 rue Porte de Diane - B.P. 10115 - 76143 LE PETIT QUEVILLY CEDEX
Tél : 07 82 91 04 39 - Email : formations@qrm-asso.fr - Web : qrm.fr

Association loi 1901 - F.F.F. N° 531562 - SIRET 78109164000024 - A.P.E./N.A.F. : 9312Z - JEUNESSE ET SPORT N° 4773 - N° ACTIVITÉ O.F. : 28760580576

PARTENAIRES OFFICIELS :

