



# Dossier de candidature à la formation BP – JEPS, spécialité basketball

## Session : 2021 – 2022 Auvergne-Rhône-Alpes

**A retourner pour le 1<sup>er</sup> juillet 2021 au plus tard**



**Qualiopi**  
processus certifié

■ ■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification a été délivrée au titre de  
la ou des actions suivantes :  
- Actions de formation



<p><b>DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES</b></p> <p>245 rue Garibaldi</p> <p>69422 LYON CEDEX 03 Téléphone: 04.78.60.40.40</p>	<p><b>BREVET PROFESSIONNEL J.E.P.S</b></p> <p><b>Spécialité</b></p> <p><b>BASKET-BALL</b></p> <p><b>Sous réserve d'habilitation par la DRJSCS</b></p>
---	---

<p>Photo</p> <p>(à coller)</p>
--------------------------------

**DOSSIER D'INSCRIPTION À RETOURNER COMPLET À L'ORGANISME DE FORMATION :**

<p><b>IFRABB – Ligue Régionale de Basket Ball</b>  <b>180 boulevard de Charavines 38500 VOIRON</b>  <b>07.83.08.69.61 ou 06.72.77.01.63</b></p>
---

**Date limite de retour du dossier : 1<sup>er</sup> juillet 2021**

**ATTENTION : les pièces manquantes ne seront pas réclamées.**

**Les dossiers incomplets ou hors délai seront classés sans suite et la demande d'inscription ne sera pas transmise à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale d'Auvergne-Rhône-Alpes**

Je soussigné(e) **NOM** : ..... **Prénoms** : .....

**NOM d'USAGE** : ..... **Nat.** : ..... **Sexe** : .....

**Date et lieu de naissance** : ..... **Dép. de naissance** : .....

**Adresse permanente** : .....  
 .....

**Tél portable**: ..... **Tél fixe** : ..... **Courriel** : .....

**Sollicite mon inscription au BP JEPS Spécialité basketball organisé par l'IFRABB, du 30 août 2021 au 6 juillet 2022.**

Fait à ....., le ..... **Signature du candidat** :

**PIÈCES OBLIGATOIRES POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION**

- La présente demande d'inscription.
  - Une photographie d'identité à coller ci-dessus.
  - Une photocopie soit de la carte nationale d'identité, soit du passeport, soit du permis de conduire, soit pour les étrangers hors Communauté Européenne le titre de séjour.
  - Une photocopie de l'A.F.P.S. ou de l'unité d'enseignement "prévention et secours civique de niveau 1 (PSC1) ou diplôme équivalent.
  - Pour les candidats de moins de 25 ans, une photocopie de la journée défense et citoyenneté ou du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense.
  - Un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives datant de moins de trois mois selon le modèle joint en page 5.
  - Une photocopie du diplôme fédéral « initiateur » délivré par la Fédération Française de Basket-Ball.
  - Une photocopie de l'attestation d'une expérience d'animation de groupe de toute nature d'une durée minimale de 80 heures délivrée par le ou les responsables de la ou les structure(s) dans laquelle l'activité a été exercée.
  - Une photocopie de l'attestation de pratiquant en basket-ball pendant une saison sportive délivrée par le directeur technique national du basket-ball ou son représentant.
- OU**
- Une photocopie de l'attestation de satisfaction aux exigences préalables à l'entrée en formation, liées au niveau du (annexe III de l'arrêté du 28 juin 2003) diplôme donnant l'équivalence des exigences préalables.
  - S'il y a lieu, une photocopie de tout diplôme accordant par équivalence certaines UC.

<b>Cadre réservé à l'Organisme de Formation</b>	<b>Cadre Réservé à l'Administration DRJSCS</b>
Pièces vérifiées et dossier certifié complet <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pièces vérifiées et dossier certifié complet <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fait le ..... à.....	Réceptionné, le.....à Lyon

▪ **Alternance en structure**

Coordonnées complètes de la structure d'accueil (nom, prénom, téléphone et adresse email du président **et** du contact) prévue pour le temps d'alternance (*si différente de la structure employeur*) :

.....  
.....

N° SIRET de la structure employeur : .....

Coordonnées complètes du tuteur (nom, prénom, diplôme (BEES 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> degré option basket-ball ou DEJEPS mention basket-ball), téléphone et adresse email) :

.....  
.....

Je soussigné(e) M./Mme .....,  
m'engage à mettre tout en œuvre pour que M./Mlle/Mme .....  
puisse effectuer son stage en alternance d'une durée minimale de 500 heures dans les meilleures conditions  
possibles.

Fait le : A :

Signature et cachet de la structure :

▪ **Modalités de financement de la formation (*si déjà connues*)**

*Vous pouvez faire une demande de prise en charge dès maintenant auprès d'un organisme, sans attendre la confirmation d'entrée en formation*

**Formation prise en charge par un OPCO :**

- Formation dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ;
- Formation dans le cadre d'un contrat de professionnalisation de la structure ;
- Formation dans le cadre des dispositifs spécifiques pour les personnes en recherche d'emploi ;
- Formation dans le cadre d'autres dispositifs (plan de formation, périodes de professionnalisation, ... ) ;

Nom et coordonnées de l'OPCO :

.....  
.....

**Formation prise en charge par le stagiaire à titre individuel**

**Formation prise en charge par l'entreprise pour son salarié (sans prise en charge par un OPCO)**

## Récapitulatif pièces à retourner

- Le présent dossier d'inscription dûment complété et signé.
- Le règlement intérieur de l'IFRABB signé.
- Les Conditions Générales de Vente de l'IFRABB signées (sauf apprentissage)
- Une lettre de motivation expliquant votre candidature à cette formation.
- Deux photos d'identité récentes, dont l'une est à coller sur ce dossier, page 2  
*N.B. : les photos "numérisées" ou les photos déjà utilisées ne sont pas acceptées*
- Une photocopie d'un papier d'identité
- Une photocopie du PSC1 (l'initiation aux premiers secours effectué pendant la journée d'appel de préparation à la défense n'est pas valable)
- Pour les moins de 25 ans : une photocopie de la journée d'appel de préparation à la défense.
- Le certificat médical ci-joint complété.
- Une photocopie du diplôme fédéral animateur, initiateur ou brevet fédéral.
- Une photocopie de l'attestation d'une expérience d'animation de groupe de toute nature d'une durée minimale de 80h.
- Une photocopie de l'attestation d'assuré(e) social(e) en cours de validité (document à demander à votre CPAM ou à télécharger sur [www.ameli-sante.fr](http://www.ameli-sante.fr)). La carte vitale n'est pas recevable.
- Une attestation d'assurance individuelle accident et responsabilité civile couvrant vos dommages personnels et vos actes durant toute la formation. (sauf apprentissage)
- Un chèque de 100,00 € pour les frais de dossier à l'ordre de la Ligue Régionale de Basket-Ball (non remboursable).
- Un chèque de caution de 1 000,00 € à l'ordre de la Ligue Régionale de Basket-Ball (sauf apprentissage) :
  - qui sera encaissé en cas d'absence aux entretiens de positionnement ;
  - qui sera encaissé en cas d'absence à la formation majoré du différentiel dû ;
  - qui sera encaissé en cas de défaut de paiement de la formation majoré du différentiel dû ;
  - qui sera rendu si le candidat n'est pas retenu.
- Une photocopie de l'un de vos diplômes suivants si vous en êtes titulaire:
  - BP-JEPS spécialité sports collectifs, mention Basket-Ball,
  - CQP TSRBB,
  - Diplôme fédéral entraîneur jeunes délivré par la FFBB,
  - Diplôme fédéral d'arbitre départementale délivré par la FFBB.
  - Licence STAPS
  - Bac Pro Agricole

**Attention : L'attestation de pratiquant en basket-ball délivrée par le DTN (demandée page 2 du dossier) sera fournie directement par l'IFRABB. Aucune obligation de la fournir dans le dossier.**

# CERTIFICAT MÉDICAL

**Exigé pour tout(e) candidat(e) au Brevet Professionnel de la Jeunesse,  
de l'Éducation Populaire et des Sports  
Spécialité « basketball »**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, \_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour, Mr/Mme\* \_\_\_\_\_

et avoir constaté qu'il / elle \* ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique, à l'entraînement et à l'enseignement du **BASKET-BALL**.

*\*Rayer les mentions inutiles.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet du Médecin

Signature du Médecin