

## DOSSIER TEP MUTUALISES BPJEPS APT

NOM / Prénom candidat :

Listing des pièces à joindre:

- La fiche d'inscription avec photographie ( ci-jointe ) ;
- La photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- La ou les attestations justifiant de l'allègement de certaines épreuves fixées par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention du diplôme, ou du certificat complémentaire visé ;
- Pour les diplômes du champ des métiers du sport, un certificat médical de **non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques pour tous**, datant de moins d'un an à la date des tests d'exigences préalables.
- Frais d'inscription de 50 euros pour les TEP (si dispense du test Luc Léger (SHN) : 35 euros)
  - Chèque à l'ordre de CAP'Formations Sport à envoyer à  
CAP Formations Sport  
54 rue du couchant  
32 490 MONFERRAN SAVES  
OU
  - Virement :  
CIC L'Isle Jourdain  
IBAN : FR76 1005 7193 6900 0202 4520 197  
BIC : CMCIFRPP

**Aucun remboursement ne sera effectué à la suite du paiement concernant l'inscription**

**L'ensemble de ces pièces est à renvoyer à : [capformationssport@gmail.com](mailto:capformationssport@gmail.com)**

**FICHE INSCRIPTION CANDIDAT TEP MUTUALISES BPJEPS APT**

Photo candidat

NOM :

PRENOM :

Adresse postale :

Adresse email :

Téléphone :

DATE des TEP :

- 11 juillet 2024 (L'ISLE JOURDAIN, 32)**
- 3 septembre 2024 (GRAULHET, 81)**

Organisme de Formation **souhaité par le candidat** pour **entrer en formation au BPJEPS APT** :



BPJEPS, Spécialité Educateur Sportif,  
Mention Activités Physiques pour Tous

## CERTIFICAT MEDICAL

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

Certifie avoir examiné ce jour :

M. \ Mme \_\_\_\_\_ Né(e) le [ ] [ ] [ ]

Demeurant \_\_\_\_\_

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la **pratique** et à l'**encadrement** des activités physiques pour tous (activités physiques d'entretien corporel, activités et jeux sportifs, activités physiques en espace naturel).

Observations éventuelles :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*Signature et cachet du médecin*