RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE
Liberté
Égalité
Fraternité

Délégation Régionale Académique
à la Jeunesse, à l'engagement et aux Sports

CAP'FORMATIONS Sport

DOSSIER TEP MUTUALISES BPJEPS MAPST

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
  42 rue Rosa Parks
  32 600 L'ISLE JOURDAIN

  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 : st.capformationssport@gmail.com

RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE
Liberté
Égalité
Fraternité

Délégation Régionale Académique
à la Jeunesse, à l'engagement et aux Sports

CAP'FORMATIONS Sport

FICHE INSCRIPTION CANDIDAT TEP MUTUALISES BPJEPS MAPST

Photo candidat

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse postale :

Code postal :

VILLE :

Adresse email :

Téléphone :

DATE des TEP :

- ☐ **1er octobre 2026 (L'ISLE JOURDAIN, 32)**

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

RÉGION ACADÉMIQUE OCCITANIE
Liberté
Égalité
Fraternité

Délégation Régionale Académique
à la Jeunesse, à l'engagement et aux Sports

CAP'FORMATIONS Sport

CAP'FORMATIONS Sport

BPJEPS, Spécialité Educateur Sportif,

Mention Multi Activités Physiques et Sportives 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 multi activités physiques et sportives 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