



CLERMONT-DÔMES

# **DOSSIER DE CANDIDATURE**



Coller photo

## **BPJEPS**

*Spécialité*

**« Education à l'Environnement  
vers un Développement Durable »**

*Incluant un*

## **BAPAAT**

**Loisirs de pleine nature support Randonnée Pédestre\***

*\* sous réserve d'habilitation*

**Du 23 janvier au 8 décembre 2017\***

*\* sous réserve de modification*

**Auvergne – Rhône-Alpes\***

\* Signature provisoire : le nom de la Région sera fixé par décret en Conseil d'Etat avant le 1er octobre 2016, après avis du Conseil Régional.



UNION EUROPÉENNE  
Fonds Social Européen



*Le Conseil Régional Auvergne-Rhône Alpes et le Fonds Social Européen – Initiatives pour l'Emploi des Jeunes apportent leur soutien financier à cette action de formation du CPIE Clermont-Dômes*

*Melle / Mme / M .....*

*sollicite mon inscription à la formation au BPJEPS EEDD bi-qualification BAPAAT  
Randonnée Pédestre.*

*Fait à ..... le .....*

*Signature,*

CENTRE PERMANENT D'INITIATIVES POUR L'ENVIRONNEMENT  
ASSOCIATION CEPE 1 route des colonies Theix 63122 Saint Genès Champanelle  
Téléphone 04.73.87.35.21 télécopieur 04.73.87.38.37 e-mail [cpie-clermont-domes@wanadoo.fr](mailto:cpie-clermont-domes@wanadoo.fr)

[www.cpie-clermont-domes.org](http://www.cpie-clermont-domes.org)

# PRESENTATION DU CANDIDAT

(écrire lisiblement et en majuscules)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom marital : .....

Sexe : F  Date de naissance : ...../...../..... Lieu .....

M  Département : .....

Adresse permanente : .....

.....

.....

Adresse prévue durant la formation : .....

.....

.....

E Mail : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Autorisez-vous le CPIE CLERMONT-DOMES à transmettre vos coordonnées : adresse – téléphones – mail aux autres candidats pour du covoiturage pour les épreuves de sélection :

Oui  Non

Régime de Sécurité Sociale auquel vous êtes affilié (e) :

✓ A la Caisse de (adresse) : .....

✓ A quel titre (personnel, ayant-droit, étudiant) : .....

N° sécurité sociale : .....

## Formation scolaire et universitaire :

Dernière classe suivie :

- Primaire ou 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> collège
- 3<sup>ème</sup> ou première année de CAP ou BEP
- 2<sup>nd</sup>, 1<sup>ère</sup> de l'enseignement général ou dernière année de CAP ou de BEP
- Terminale
- 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> année de DEUG, DUT, BTS ou équivalent
- 3<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle de l'enseignement supérieur ou équivalent

Diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun diplôme
- Certificat d'étude Primaire
- Brevet des Collèges, DNB ou équivalent
- CAP, BEP ou autre certificat de niveau V
- Bac général, technologique, professionnel, ESEU, DAEU ou autre certification de niveau IV
- DEUG, DUT, BTS ou autre diplôme de niveau III
- Diplôme de niveau II : licence (ou maîtrise)
- Diplôme de niveau I : master, titre d'ingénieur diplômé, DESS, DEA

Diplômes du sport et de l'animation

.....  
.....  
.....

# SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

(Cocher les cases correspondant à votre situation)

**Salarié (e)**

- Nom et adresse de l'employeur .....

- Type de contrat

- CDI
- CDD (précisez la date de fin de contrat) ⇨ ...../...../.....
- Autre (précisez)⇨.....

**Demandeur d'emploi inscrit (e)**

- Inscrit (e) depuis le ⇨ ...../...../.....

- Situation auprès de Pôle Emploi

- Vous avez fait une demande d'indemnisation
- Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours
- Vous n'êtes plus indemnisé (e) depuis le ⇨ ...../...../.....
- Vous êtes indemnisé (e) au titre de :
  - ✘ l'allocation de retour à l'emploi – **date fin d'indemnisation prévue le** :.....
  - ✘ l'allocation d'insertion – **date fin d'indemnisation prévue le** :.....
  - ✘ l'allocation de solidarité spécifique – **date fin d'indemnisation prévue le** :.....

**Sans emploi, non inscrit (e)**

**Bénéficiaire**

- Du RSA
- De l'allocation parent isolé (API)

**Reconnu (e) travailleur handicapé**

## TYPE DE FINANCEMENT PREVU

(Coût de la formation : 7,72 €/heure pour un total de 1470 heures de formation.  
Tarif tout compris incluant le BPJEPS EEDD et la bi qualification BAPAAT Randonnée pédestre)

.....

.....

.....

.....

.....

# FORMATION

Diplômes obtenus en formation initiale (Brevet des Collèges, BEP, BAC, Deug, etc.) :

⇒

Formation (s) continue (s) suivie (s) (précisez les diplômes) :

⇒

Stages pratiques :

⇒

⇒

## PARCOURS PROFESSIONNEL

(Compléter la fiche annexe pour votre situation actuelle )

|       |               |             |                 |
|-------|---------------|-------------|-----------------|
| Dates | Poste occupé: | Structure : | Environnement : |
|-------|---------------|-------------|-----------------|

|       |               |             |                 |
|-------|---------------|-------------|-----------------|
| Dates | Poste occupé: | Structure : | Environnement : |
|-------|---------------|-------------|-----------------|

|       |               |             |                 |
|-------|---------------|-------------|-----------------|
| Dates | Poste occupé: | Structure : | Environnement : |
|-------|---------------|-------------|-----------------|

|       |               |             |                 |
|-------|---------------|-------------|-----------------|
| Dates | Poste occupé: | Structure : | Environnement : |
|-------|---------------|-------------|-----------------|

Durée totale de votre expérience professionnelle (y compris saisons, bénévolat, intérim) :

⇒

**Ce dossier est à retourner COMPLET au  
C.P.I.E. « Clermont-Dômes » 1, rue des Colonies 63122 THEIX  
Au plus tard le mercredi **18 octobre 2016****

**Pour toute demande d'informations**

**Secrétariat**  
Laëtitia MANGOT

**Formateurs**  
Kévin CONILH & Olivier HUON



04 73 87 35 21 - 04 73 87 88 73 - 04 73 87 88 80

**PIECES A FOURNIR – Tout dossier incomplet ne sera pas traité**

- Une photo d'identité agrafée sur la 1<sup>ère</sup> page
- Lettre de motivation et de votre projet professionnel et Curriculum vitae
- Copie de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense
- Chèque de 30 euros daté et signé à l'ordre du C.P.I.E. « Clermont-Dômes », pour les frais d'inscription et de positionnement (non remboursable)
- Deux copies recto-verso signées de votre Carte Nationale d'Identité
- Attestation du BNS, BNPS, AFPS ou PSC1 (si obtenus)
- Photocopie des diplômes
- Fiche de prescription dûment complétée par le prescripteur pour les personnes à la recherche d'un emploi version papier obligatoire pour le CPIE Clermont-Dômes
- Cinq timbres autocollants au tarif en vigueur
- Une attestation d'assurance individuelle ou de responsabilité civile couvrant vos accidents personnels, vos activités durant les épreuves de sélection et en cas d'admission durant votre formation (activités, déplacements, etc...)
- Photocopie de votre attestation de Sécurité Sociale en cours de validité
- Avis de situation Pôle Emploi pour les personnes inscrites où est notifiée la date de fin d'indemnisation.



## PRESCRIPTION

(version papier obligatoire pour tous les Demandeurs d'Emploi)

### CANDIDAT

NOM : .....

CIVIS :  OUI  NON

Prénom : .....

TH :  OUI  NON

Adresse : .....

Identifiant Pôle Emploi : .....

.....

Date d'inscription Pôle Emploi : .....

Téléphone : .....

Date de naissance : .....

Typologie de Demandeur d'Emploi (DE) :

Département de naissance : .....

DE (-12 mois)  DELD (de 12 à 18 mois)

Lieu de naissance : .....

DETLD (de 18 à 24 mois)  DE de + de 24 mois

Date de sortie système scolaire : .....

Allocataire Pôle Emploi :  OUI  NON

Dernière classe suivie : .....

ARE :  OUI  NON

Date de début : ..... Date de fin : .....

Niveau de formation : .....

RSA :  OUI  NON

Date de début : .....

Dérogation :  OUI  NON

PAIJ :  OUI  NON

Si oui, précisez le type de dérogation :

Date de début : .....

.....

Autres, précisez : .....

Action de formation présente éligible au CPF :  OUI  NON

Nombre d'heures CPF mobilisables et disponibles : ..... heures

Accord du demandeur d'emploi pour mobiliser son Compte Personnel de Formation (CPF) :  OUI  NON

Sinon, motif du refus :

### PRESCRIPTEUR

Nom de la structure prescriptrice : .....

Tél : ..... Fax : ..... Mail : .....

Nom du conseiller prescripteur : .....

## FORMATION DEMANDEE

Action de formation éligible au CPF :  OUI

NON

- SIEG :  SEGMENT 1 (REMISE A NIVEAU)  
 SEGMENT 2 (MULTI-SECTORIEL)  
 SEGMENT 3 (E2C)

- ATELIER SECTORIEL :  BÂTIMENT  
 INDUSTRIE  
 SANITAIRE ET SOCIAL  
 CUSINE SERVICE  
 TRANSPORT

Cette prescription s'inscrit-elle dans une suite de parcours SIEG :  OUI

NON

- PREPARATOIRE :  EMPLOI  
 QUALIFICATION

QUALIFIANT

REPRISE/CREATION D'ENTREPRISE

Intitulé exact de la formation : .....

Nom de l'organisme : .....

Lieu de la formation : .....

Date d'entrée en formation souhaitée : .....

## DETAIL DE LA DEMANDE

Projet du candidat : .....

Phases préconisées :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DECOUVERTE PROJET PROFESSIONNEL     | <input type="checkbox"/> CONSTRUCTION PROJET PROFESSIONNEL    |
| <input type="checkbox"/> VALIDATION PROJET PROFESSIONNEL     | <input type="checkbox"/> PREQUALIFICATION                     |
| <input type="checkbox"/> QUALIFICATION                       | <input type="checkbox"/> ADAPTATION DE COMPETENCES A L'EMPLOI |
| <input type="checkbox"/> ACCES A L'EMPLOI                    | <input type="checkbox"/> IMMERSION EN ENTREPRISE              |
| <input type="checkbox"/> RECHERCHE DE CONTRATS EN ALTERNANCE |   |

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Fait à ....., le .....

Signature du candidat

Signature du prescripteur

## RETOUR DE L'ORGANISME DE FORMATION

Date de la sélection : .....

ADMIS Date d'entrée : .....

Objectifs finalisés : .....

NON ADMIS

Motif(s) : .....

Préconisation(s) : .....

PRESENCE DE L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Signature de l'OF :