

## Diplôme d'État Spécialité Perfectionnement Sportif Mention « **BADMINTON** »

### Formation par Unités Capitalisables

Suivre cette formation en apprentissage

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX TESTS DE SELECTION

Le public jeune de **18 à 30 ans** non salarié peut suivre cette formation dans le cadre de l'apprentissage.

Comment faire ?

► Se préinscrire sur :

<https://formas67.ymag.cloud/index.php/preinscription/>

La préinscription permet de bénéficier d'un accompagnement dans la recherche d'un contrat d'apprentissage.

► Contacter :

CFA FORM'AS  
4 allée du Sommerhof  
67200 Strasbourg  
03 88 28 00 05  
[contact@form-as.fr](mailto:contact@form-as.fr)



NOM PRENOM :

Formation : du **7 septembre 2020** au **17 décembre 2021**  
au CREPS de Strasbourg

Sélection : le **10 juin 2020**  
au CREPS de Strasbourg

Formation en alternance :  
une semaine de regroupement toutes les trois semaines  
(en moyenne) au CREPS de Strasbourg

Frais : Frais de dossier des Tests de sélection: **70,00 €**  
Frais d'inscription à la formation : **30,00 €**  
Frais pédagogiques : **7 854,00 €**

**Dépôt du dossier au CREPS de Strasbourg avant le 11 mai 2020**  
Tout dossier incomplet ou déposé hors délai sera systématiquement rejeté

CREPS de Strasbourg - 4, Allée du Sommerhof - CS 65007 - 67035 Strasbourg Cedex 02

Département Formation - ☎ 03 88 10 47 70

✉ [dformation@creps-strasbourg.sports.gouv.fr](mailto:dformation@creps-strasbourg.sports.gouv.fr)



<input type="checkbox"/>	<b>F1</b>	La présente demande d'inscription, complétée et signée
<input type="checkbox"/>	<b>F2</b>	Un certificat médical ( <b>modèle ci-joint obligatoire</b> ) portant la mention obligatoire de « <b>non contre-indication à la pratique et à l'enseignement du BADMINTON</b> » daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation
<input type="checkbox"/>	1	Une photocopie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou passeport <b>en cours de validité</b> Pour les étrangers : un titre de séjour <b>en cours de validité</b>
<input type="checkbox"/>	<b>F3</b>	<b>Prérequis obligatoire à l'inscription</b> Une attestation justifiant d'une expérience d'encadrement collectif et/ou individuel de pratiquants de badminton dans tout type de structure pendant deux saisons sportives au minimum, délivré par le responsable de la ou des structures.
<input type="checkbox"/>	2	<b>Prérequis obligatoire à l'inscription</b> Une photocopie du certificat <b>Prévention Secours Civiques de Niveau 1</b> (PSC1) délivré par une association de secourisme ou diplôme équivalent <b>en cours de validité</b> (AFPS, PSE1, PSE2, AFGSU, SST...)
<input type="checkbox"/>	3	<b>Prérequis obligatoire à l'inscription</b> Une attestation de classement délivrée par le DTN
<input type="checkbox"/>	4	Et selon votre situation, les justificatifs suivants : - Une photocopie des diplômes : <b>DAB, DEB, moniteur badminton, initiateur jeunes, CQP.</b> - <b>Si vous êtes Sportif de haut niveau</b> inscrit ou ayant été inscrit au moins 2 ans, une attestation d'inscription sur la liste ministérielle mentionnée à l'article L. 221-2 du code du sport
<input type="checkbox"/>	5	Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport ou par la Fédération française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant les tests d'exigences préalables
<input type="checkbox"/>	6	Pour les candidat(e)s âgé(e)s de moins de 25 ans, une copie du certificat individuel de participation à la JAPD (journée d'appel de préparation à la défense) ou JDC (journée défense et citoyenneté)
<input type="checkbox"/>	7	Une attestation d'assuré social <b>en cours de validité</b>
<input type="checkbox"/>	8	Une photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile <b>en cours de validité</b>
<input type="checkbox"/>	9	Deux enveloppes A4 timbrées au tarif en vigueur (jusqu'à 100 gr), libellées à l'adresse du candidat
<input type="checkbox"/>	10	Deux photographies d'identité avec vos nom et prénom au verso
<input type="checkbox"/>	11	Le cas échéant : une copie de la carte de demandeur d'emploi et de la notification du Pôle Emploi.
<input type="checkbox"/>	<b>F4</b>	La fiche Financement de la formation
		<i>Document à conserver</i> <i>La fiche de présentation de la formation en alternance</i>

<input type="checkbox"/>	12	Un chèque de <b>70,00 €</b> pour frais de tests, <b>non remboursables</b> en cas de désistement, libellé à l'ordre de l'Agent comptable du CREPS de Strasbourg
--------------------------	----	--

N° de chèque :	Banque :	Emetteur :
----------------	----------	------------

**Une convocation sera adressée aux candidats ayant déposé un dossier d'inscription complet et recevable**

## Demande d'inscription

Je soussigné(e) ..... Prénom .....  
*(Nom d'usage, suivi du nom patronymique)*

désire m'inscrire aux tests de sélection du 10 juin 2020 relatifs à l'entrée en formation du DEJEPS mention BADMINTON par unités capitalisables. J'ai pris connaissance des modalités spécifiques concernant la validation de mon niveau de jeu.

**Nom d'usage :** ..... **Nom patronymique :** ..... **Prénom :** ..... **Sexe :** M  F

**Date et lieu de naissance :** ..... à ..... **dép<sup>t</sup>** ..... **Nationalité :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal** ..... **Commune** .....

**☎ :** | | | | | | | | | | **Portable :** | | | | | | | | | | ☒ : .....

*(pensez à prévenir le secrétariat de tout changement en cours de cycle de formation)*

**N° de sécurité sociale :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Responsabilité civile :** Compagnie d'assurance : ..... Numéro du contrat : .....

<p><b>Profession :</b> .....</p> <p><b>Situation au regard de l'emploi :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes travailleur indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes salarié(e)          Type de contrat : <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI  <input type="checkbox"/> du secteur privé <input type="checkbox"/> du secteur public <input type="checkbox"/> fonctionnaire</p> <p>En contrat aidé : <i>(précisez)</i> .....</p> <p>En contrat en alternance : <i>(précisez)</i> .....</p> <p>Nom et adresse de l'employeur :          .....          .....</p> <p>Téléphone : .....</p> <p>N° SIRET : .....</p> <p>Nom du responsable : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes demandeur d'emploi inscrit depuis le : .....          N° d'identification : .....          Indemnisé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date de fin de droit : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes sans emploi non inscrit</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes étudiant <i>(joindre un certificat de scolarité)</i>          Cursus suivi : .....          Etablissement : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes dans une autre situation <i>(précisez)</i> : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Vous êtes sportif de Haut Niveau inscrit ou ayant été inscrit au moins 2 ans sur liste ministérielle mentionnée à l'article L.221-2 du code du sport</p>	<p><b>Niveau d'études ou de formation :</b></p> <p>Niveau d'études : .....  <i>(scolaire ou universitaire)</i></p> <p>Date de fin d'études : .....</p> <p>Diplôme obtenu : .....  <i>(scolaire ou universitaire)</i></p> <p>Date d'obtention : .....</p> <hr/> <p><b>Assurance des stagiaires</b></p> <p><b>Responsabilité civile :</b> par le biais du contrat souscrit par l'établissement, les stagiaires bénéficient de la qualité d'assuré et par conséquent des garanties en responsabilité civile. Ceci ne les dispense pas d'une assurance personnelle (obligatoire).</p> <p><b>Assurance sociale :</b> la couverture assurance maladie est indispensable. Si vous n'êtes pas couvert, contactez la caisse d'assurance maladie (CPAM) de votre domicile habituel.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Personne à contacter en cas d'accident</b></p> <p>Nom .....          Prénom .....          Adresse .....          Commune .....          Code postal .....</p> <p><b>☎ :</b>                    </p> <p><b>Portable :</b>                    </p> <p><b>☒ :</b> .....</p>
--	---

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, le CREPS vous informe que pourront être mis en ligne sur sa plate-forme de formation à distance, son site internet ou sur ses supports de communication, votre image (photographie, vidéo de séquences d'enseignement) et vos résultats d'examen (liste des admis).

Si vous vous opposez à cette diffusion, merci de cocher la case ci-contre

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis-ci-dessus.  
A ....., le .....  
Signature du candidat

## VOTRE PRATIQUE SPORTIVE

### Pratique sportive (joindre les pièces justificatives des titres)

▪ **Quel est votre niveau de pratique en badminton ?**

Saison 2019/2020 : .....

Plus haut niveau de pratique toutes saisons confondues : ..... Club : ..... Année : .....

Titres sportifs : .....

▪ **Dans quel club ou quelle structure pratiquez-vous ?**

Dénomination : .....

Adresse : .....

☎ : | | | | | ☒ : .....

▪ **Pratiquez-vous d'autres activités physiques et sportives ?**

Si oui, quelles disciplines ? :

.....  loisirs  compétition

.....  loisirs  compétition

.....  loisirs  compétition

### Diplômes ou qualifications Jeunesse et Sport (joindre la photocopie des diplômes)

Etes-vous titulaire :

▪ du B.A.P.A.A.T.  oui  non si oui, lequel ? : .....

▪ d'un B.E.E.S.  oui  non si oui, lequel ? : .....

▪ du tronc commun du B.E.E.S. 1<sup>er</sup> degré  oui  non

▪ du  B.A.F.A.  B.A.F.D.  B.E.A.T.E.P.

▪ Autres, précisez : .....

### Votre implication dans la vie associative (cocher les cases correspondantes et joindre toutes les pièces justificatives)

▪ **Exercez-vous une responsabilité au sein d'une association ?**  oui  non

Si oui, dénomination : .....

Nom du responsable : .....

Adresse : .....

☎ : | | | | | ☒ : .....

En qualité de :  dirigeant  entraîneur  animateur  autres .....

▪ **Possédez-vous un diplôme d'arbitrage en badminton ?**  oui  non

Si oui, lequel ?  arbitrage  JA  SOC

▪ **Possédez-vous un diplôme fédéral ou une certification badminton**  oui  non

Si oui, lequel ?

animateur (DAB)  module technique  initiateur, lequel ? .....  moniteur  CQP

▪ **Autres diplômes :**  B.N.S.S.A.  Surveillant de baignade  autre – précisez : .....

▪ **Avez-vous déjà enseigné ?**  oui  non Si oui, dans quelle structure ? : .....

○ à titre bénévole :  oui  non

○ à titre professionnel :  oui  non

▪ **Auprès de quel public ?**

○ Enfance 7-11 ans  oui  non

○ Adoslescents 12-18 ans  oui  non Si oui, à quel niveau ?  initiation  perfectionnement  entraînement

○ Adultes 19-59 ans  oui  non Si oui, à quel niveau ?  initiation  perfectionnement  entraînement

○ Seniors 60 ans et plus  oui  non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

Fait à ....., le .....

Signature du candidat

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE, A L'ENSEIGNEMENT ET A L'ENCADREMENT  
DU BADMINTON**

*daté de moins d' 1 an à la date d'entrée en formation*

Exigé pour toute candidature à la formation du Diplôme d'Etat de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport  
Spécialité Perfectionnement Sportif

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné ce jour,

M<sup>me</sup>/M.\* \_\_\_\_\_

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

\* *rayer la mention inutile*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet du praticien

Signature du praticien

# DE JEPS spécialité perfectionnement sportif mention BADMINTON

## ATTESTATION D'ACTIVITES PROFESSIONNELLES OU BENEVOLES

Réaliser autant d'attestations que de structures concernées pour aboutir au volume horaire demandé.

**Je soussigné(e)** (représentant légal de la structure d'exercice du demandeur) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Dénomination de la structure d'exercice : \_\_\_\_\_

**Certifie que M<sup>me</sup> ou M.** (nom et prénom de l'enseignant) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Le cas échéant

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_

N° du diplôme : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : \_\_\_\_\_

**encadre ou a encadré le badminton dans la structure**

du : \_\_\_\_\_ (Jour) \_\_\_\_\_ (Mois) \_\_\_\_\_ (Année)

au : \_\_\_\_\_ (Jour) \_\_\_\_\_ (Mois) \_\_\_\_\_ (Année)

**à temps plein**

**à temps partiel** (préciser dans ce cas la durée hebdomadaire du travail) : ..... \_\_\_\_\_ H

**bénévolement** (préciser dans ce cas le nombre d'heures d'enseignement hebdomadaire) : ..... \_\_\_\_\_ H

**Volume horaire total d'enseignement effectué sur la période : \_\_\_\_\_ H**

**Cachet de la structure et signature du représentant légal**

Fait à ....., le .....

## FINANCEMENT DE LA FORMATION

Il existe diverses possibilités de prises en charge pour vous aider à financer votre formation, en totalité ou en partie. L'accès aux différents dispositifs existants dépend de votre situation personnelle, sociale, familiale et surtout, de votre situation au regard de l'emploi. Les droits ne sont pas systématiques et nous vous recommandons d'effectuer vos démarches dès votre inscription aux épreuves de sélection.

**Merci de nous indiquer le dispositif que vous envisagez de mobiliser en cochant la case correspondante.**

### **Vous avez entre 18 et 30 ans et souhaitez effectuer votre formation sous contrat d'alternance**

- Dans le cadre d'un contrat d'apprentissage  
Prendre contact avec le CFA et réaliser une pré-inscription en ligne sur le site de celui-ci
- Dans le cadre du dispositif Pro-A  
Prise en charge par l'OPCO dont dépend votre employeur

### **Vous êtes salarié en CDI ou CDD et souhaitez acquérir une qualification ou effectuer une reconversion**

- Dans le cadre d'une reconversion : congé de reclassement (CR) ou contrat de sécurisation professionnelle (CSP)  
Prise en charge par l'OPCO dont dépend l'ancien employeur
- Dans le cadre du Compte personnel de formation (CPF) de transition professionnelle  
Prise en charge à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 par la CPIR – Commission paritaire interprofessionnelle régionale – (en remplacement du FONGECIF)
- Dans le cadre d'une action de formation en accord avec votre employeur  
Prise en charge par l'employeur ou l'OPCO dont dépend votre employeur (plan de développement des compétences)

### **Vous êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi souhaitez acquérir une qualification**

- Dans le cadre d'une prescription de votre conseiller Pôle Emploi  
AIF (Pôle Emploi) ou ARIF (Région Grand Est) combiné le cas échéant avec votre CPF

### **Autres situations**

- Prise en charge par un autre organisme : .....  
Joindre le justificatif de la prise en charge ou des démarches en cours
- Vous prenez en charge à titre individuel les frais pédagogiques de la formation
  - En totalité  Partiellement
  - En mobilisant votre Compte personnel de formation (CPF) oui  non
  - Prise en charge individuelle si aucun autre dispositif de financement n'est mobilisable

**Merci de renseigner en page suivante selon votre situation, les coordonnées de votre employeur, de votre organisme financeur, vos recherches de structures d'alternance.**

**COORDONNEES DE VOTRE EMPLOYEUR**

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Personne à contacter : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**COORDONNEES DE VOTRE ORGANISME FINANCEUR**

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Personne à contacter : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**RECHERCHE D'UNE STRUCTURE D'ALTERNANCE**

Etes-vous en relation avec une structure d'alternance susceptible de vous accueillir durant la formation ?

 oui  non

Nom de la structure : .....

Nom du/de la responsable : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Qualification du tuteur(trice) : .....

(diplôme) : .....

Renseignements complémentaires :

NOM : .....

Prénom : .....

Date : .....

Signature :