

FORMATIONS EQUITATION FINISTERE

DOSSIER INSCRIPTION Animateur d'Equitation

session:202.../202...

PHOTO DU
STAGIAIRE

Voie de formation Formation continue Apprentissage

ETAT CIVIL NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Commune de naissance _____
Département : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Situation de famille : _____ nationalité : _____
Adresse Rue : _____ Lieu dit : _____
Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphones
fixe : _____ portable : _____
en cas d'urgence : _____
Adresse E-mail : _____
Situation de famille :..... n°assuré social :.....
Permis B <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Motorisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Possédez-vous un ordinateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

STATUT ACTUEL :
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi Numéro pôle emploi : _____ Date d'inscription : _____
<input type="checkbox"/> En scolarité
Dernière classe suivie :..... Année :.....
Diplôme le plus élevé obtenu :..... Année :.....
<input type="checkbox"/> en apprentissage(fournir le précédent contrat)
<input type="checkbox"/> en formation»quel financement :.....
<input type="checkbox"/> Salarié
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)
<input type="checkbox"/> En situation de handicap <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Bénéficiez vous d'une RQTH(reconnaissance en qualité de travailleur handicapé) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
PRE-REQUIS POUR ENTRER EN FORMATION :
Exigences techniques préalables (Galop 6 de Cavalier ou de pleine nature)
<input type="checkbox"/> Validées, en date du _____
<input type="checkbox"/> Dispensé(e) par Equivalence : _____ (préciser)
<input type="checkbox"/> Non validées, pas d'équivalence, prévues en date du :.....
Formation aux Premiers Secours :
<input type="checkbox"/> Suivie, en date du _____ Préciser le diplôme _____
<input type="checkbox"/> Non suivie, prévues en date du
<input type="checkbox"/> Capacité à présenter un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités équestre
<input type="checkbox"/> Capacité à justifier de son recensement et de la participation à la journée d'appel à la défense

Structure d'alternance envisagée

(Validation du lieu d'alternance par l'Organisme de Formation)

Nom du Chef d'entreprise : _____

Raison sociale de l'entreprise : _____

Numéro de déclaration d'activité Jeunesse et sports : _____

Adresse de l'entreprise : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nom et Prénom du tuteur : _____

Qualification du tuteur : _____

Date d'obtention du diplôme : _____ ancienneté dans la profession : _____ Numéro de la carte professionnelle : _____

N° de téléphone du tuteur : _____

Adresse mail du tuteur : _____

Statut du tuteur (indépendant, salarié, dirigeant) _____

Activités conduites sur la structure :

Nombre d'heures de cours collectifs hebdomadaires dispensées sur la structure (tout personnel confondus) _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Cours débutants à Galop 7</i> | <input type="checkbox"/> <i>Perfectionnement et compétition Club</i> | <input type="checkbox"/> <i>Perfectionnement et compétition Amateur/Pro</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Organisation Concours Club</i> | <input type="checkbox"/> <i>Organisation Concours Amat/Pro</i> | <input type="checkbox"/> <i>Cours Baby (moins de 5 ans)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Equitation adaptée</i> | <input type="checkbox"/> <i>Accueil régulier de groupes de cavaliers non-initiés</i> | <input type="checkbox"/> <i>Equitation d'Extérieure</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cross</i> | <input type="checkbox"/> <i>Disciplines non olympiques régulières (préciser) _____</i> | <input type="checkbox"/> <i>Accueil de scolaires et péri-scolaires</i> |

Cavalerie disponible, et encadrement envisagé, pour permettre une pratique équestre de perfectionnement du stagiaire animateur :

- Oui, pour la pratique du dressage, de l'obstacle, du cross, du travail à pied (barrer si non)***
- Non, ou alors de manière ponctuelle***

Signature du dirigeant de la structure

Signature du tuteur

Projet d'accueillir ce candidat en apprentissage

OUI

NON

Statut envisagé au cours de la formation

- Apprentis (pour les 17/29 ans), formation financée par OCAPIAT et rémunération par l'entreprise d'alternance selon réglementation en vigueur (Détails dans la Brochure « L'apprentissage »)*

- Stagiaire de la formation continue, accompagné pour le financement de la formation par un organisme financeur.*
 - Contrat QUALIFF EMPLOI, porté par la Région BRETAGNE*
 - Contrat de Professionnalisation*
 - Financement Pôle Emploi*

- Financement privé*

Je m'engage à joindre les pièces listées ci-dessous à mon dossier :

- Un Curriculum Vitae et une Lettre de motivation**
- Trois photos d'identité récentes dont une collée sur la première page de ce dossier**
- Photocopies des derniers diplômes obtenus**
- Une copie de l'attestation de recensement et du certificat individuel de participation à la journée d'appel à la défense**
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité**
- Une photocopie justifiant du suivi de la formation aux premiers secours (PSC1 ou autres)**
- Un certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités équestres datant de moins d'un an**
- Les photocopies des pièces justifiant de la validation des Exigences Techniques Préalables (GALOP 6 de Cavalier)**
- Une attestation validant la possession de la licence fédérale d'équitation de l'année en cours.**

Fait à _____ le ____ / ____ / 2021

NOM – PRENOM :

Signature du candidat :

Pour les candidats mineurs uniquement

Nom et Prénom du responsable légal : _____

Adresse Rue _____

Lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

J'autorise Formations Equitation Finistere à faire appel au médecin traitant ou à défaut au médecin désigné par l'établissement pour donner les soins d'urgence et sur avis médical à faire hospitaliser mon enfant.

(Médecin traitant : _____ téléphone : _____)

Je donne mon accord pour que mon enfant participe aux activités extrascolaires organisées par Formations Equitation Finistere (visites d'entreprise, activités sur Centres Equestres, visites salons professionnels, sorties pédagogiques...)

Valable pour toute la durée de la formation AE

Fait à _____ le ____ / ____ / 202.. Signature du responsable légal :

Cadre réservé à Formations Equitation Finistere

Dossier reçu le ____ / ____ / 202..

Dossier complet : oui non Réponse à la candidature transmise le _____