

Brevet Professionnel de l'Education Populaire et du Sport  
Certificat Complémentaire de Direction  
d'un Accueil Collectif de Mineurs (CCD ACM)

**Je suis candidat(e) à la formation CCD ACM**

**7 mars 2019 au 19 décembre 2019**

Lieu de formation : CAMPUS LEO LAGRANGE 33 avenue du Docteur G.Levy, 69200 VENISSIEUX

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse

N° : ..... Rue : .....

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

Tel domicile : ..... Mobile : .....

Votre Mail : .....

Nationalité : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Joindre  
3  
Photos

**Pièces à nous transmettre**

**Exigences préalables à toutes inscriptions (article 8 décret du 31 août 2001)**

- Etre titulaire d'un BPJEPS, DEJEPS, DESJEPS
- PSC1(de moins de 2 ans) ou SST
- Justifier d'une expérience d'animation de mineurs de 28 jours minimum, dont au moins une expérience en ACM - joindre une attestation employeur

Nom/Prénom du tuteur /de la tutrice:

Fonction :

**Dossier à rendre au plus tard le 18 janvier 2019**

**Tout dossier incomplet sera irrecevable.**

## Les modalités de financement de votre formation

(Cochez la case correspondante)

**Votre formation est prise en charge par l'employeur** (*Plan de Formation Employeur*)

Nom et adresse de votre employeur : .....

.....

Nom de la personne à contacter : .....

Sa fonction : .....

**Votre formation est prise en charge dans le cadre d'un Congé Individuel de Formation (CIF)**

Préciser le nom de l'organisme : .....

**Vous recherchez un employeur**

**Autres cas**

Précisez : .....

.....

.....

.....

Fait à : ..... le : .....

**Signature du/de la candidate**

**En cas de prise en charge par l'employeur :**

**Nom/Prénom/Fonction du signataire :**

**Signature et tampon :**