

## MFR de COUBLEVIE

396, route du Guillon – 38500 COUBLEVIE

04 76 05 05 22 - mfr.coublevie@mfr.asso.fr - www.mfrcoublevie.com

Photo d'identité  
récente à coller

### **DOSSIER DE CANDIDATURE** **POUR UNE INSCRIPTION MFR**

**Session de formation :**

**Septembre 2021 – Septembre 2022**

## **FORMATION Animateur d'Equitation**

<b>ETAT CIVIL</b>	NOM : _____	Prénom : _____	
Date de naissance :	_____	Commune de naissance _____	Département : _____
Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Situation de famille : _____	nationalité : _____
<b>Adresse</b>	Rue : _____	Lieu dit : _____	
	Code Postal : _____	Commune : _____	
<b>Téléphones</b>	fixe : _____	portable : _____	
	en cas d'urgence : _____		
<b>Adresse E-mail :</b>	_____		

<b>STATUT ACTUEL :</b>
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> En scolarité (préciser classe actuellement fréquentée.....) <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Autre (préciser .....
En situation de handicap <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>PRE-REQUIS POUR ENTRER EN FORMATION : :</b>
<b>Exigences techniques préalables</b> (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 .....
<b>Formation aux Premiers Secours :</b>
<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

## MFR de COUBLEVIE

Formation par l'alternance aux métiers du Monde du Cheval

4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> EA, CAPA Palefrenier Soigneur, Bac Pro CGEH, BPJEPS AE, CQP ASA

Antenne du CFA régional des MFR Rhône-Alpes

Siret : 77950175800014 - NDA : 84380745438 - Référencé DataDock –

Etablissement non assujéti à la TVA (article 261 du CGI)

**MFR**  
CULTIVONS LES RÉUSSITES  
— Formation par alternance —

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

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

(Modalités de l'accueil d'un apprenti dans la brochure « L'apprentissage »)

## 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 CARED, porté par la Région AURA
  - Contrat de Professionnalisation
  - Financement Pôle Emploi
- Financement privé**

## Engagements particuliers

Je m'engage à respecter les conditions de formation par alternance, à être présent aux activités de formations organisées par la MFR conformément au planning prévu, à respecter mes horaires de travail sur l'entreprise et le règlement intérieur de la MFR.

En cas d'absences répétées et nombreuses, je suis informé(e) que l'établissement, ou la DRJSCS, se réservent le droit de refuser que je me présente aux épreuves d'examen.

**Je m'engage à informer rapidement (mail ou téléphone) la MFR et l'entreprise en cas d'absence** que je justifierai le cas échéant par un certificat médical ; ceci pour les absences à la MFR ou sur l'entreprise.

## Aspects financiers

### 1. Adhésion à l'association MFR de Coublevie

Je déclare adhérer à l'Association conformément à ses statuts. Je règle ma cotisation en joignant 1 chèque de 100€ à ce dossier

### 2. Frais de formation

Je m'engage à verser le montant des autres frais conformément au statut qui sera le mien durant la formation. Le montant des frais de formation étant contractualisés sur une convention de formation éditée à la suite de la journée de tests de pré-positionnement. En fonction de mon statut ma formation pourra être prise en charge par un organisme financeur (OCAPIAT, ASP, Pôle Emploi, etc...).

### 3. Frais annexes (restauration, logement, et déplacement domicile/OF)

La MFR propose à ses stagiaires en formation continue de pouvoir bénéficier de son service de restauration, ainsi que de son service d'internat, EN FONCTION DES PLACES DISPONIBLES et de L'ELOIGNEMENT ; Ces prestations de service feront l'objet d'une facturation annexe aux frais de formation et seront soumises **à la signature d'un contrat d'engagement moral entre la MFR et l'apprenant.**

Les frais liés au déplacement entre le domicile du stagiaire et son lieu de formation et de de stage restent à la charge du stagiaire (en fonction de son statut le stagiaire peut être financièrement aidé par l'organisme financeur).

**Demande à être interne à la MFR :**    **OUI**                    **NON** (Rayer la mention inutile)

**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
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- 1 chèque de 100€ d'adhésion à l'ordre « association MFR de Coublevie »
- 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 SST)
- 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 La MFR de Coublevie 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 la MFR (visites d'entreprise, activités sur Centres Equestres, visites salons professionnels, voyage d'étude ...)

**Valable pour toute la durée de la formation BPJEPS** Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

**Signature du responsable légal :**

**Cadre réservé à la MFR**

Dossier reçu à la MFR le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Dossier complet : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ Réponse à la candidature transmise le \_\_\_\_\_