

DOSSIER D'INSCRIPTION

CQP INSTRUCTEUR FITNESS OPTION
"MUSCULATION PERSONAL TRAINER "



DU 17/02/2025 AU 26/06/2025

- **Documents à joindre au dossier d'inscription (non-agrafé SVP) :**

- La fiche de renseignements personnels
- Une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité valable
- Une photo d'identité (à coller ci-dessus)
- Le certificat médical, fournit en annexe, complété et datant de **moins de trois mois à la date de clôture des inscriptions** (tout autre certificat sera refusé)

- Photocopie du diplôme de secourisme suivant :**

- PSC1 ou équivalent à jour de recyclage

- Pour les français de moins de 25 ans, le certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense ou le cas échéant, l'autorisation de report

- Règlement de 7€ pour les frais d'envoi UPS de votre diplôme. (chèque à l'ordre de SAS WATERFORM ou Espèce)

- Joignez un chèque de 80 euros à l'ordre de **SAS WATERFORM** (cette somme servant aux frais administratifs d'inscription, elle restera due et acquise par WATERFORM, même en cas d'abandon avant et/ou en cours de formation, de non-présentation aux tests ou d'échec à ceux-ci)

- Retournez le dossier complet par voie postale ou à l'adresse mail suivante :
formations@waterform.com

avant la date butoir 13/02/2025 (une seule relance en cas de dossier incomplet sera effectuée ; le dossier sera ensuite classé sans suite et supprimé) :

**WATERFORM,
Inscription à la formation « CQP Instructeur fitness »
19 rue Maurice Ravel, 25200 MONTBELIARD**

Une fois le dossier vérifié et complet, nous vous contacterons à l'aide du mail renseigné dans le dossier pour vous spécifier les dates précises et les lieux de tests et vous y joindre votre convocation.

**PHOTO A
COLLER**

SITUATION DU CANDIDAT

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : Homme Femme

Lieu et date de naissance : _____

Nationalité : _____ Pays : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone portable : _____ Mail : _____

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Concubinage Divorcé(e) Veuf

Numéro de sécurité sociale : _____

NIVEAU SCOLAIRE, DIPLÔME, ATTESTATION

Fournir **obligatoirement** une photocopie de votre diplôme.

BEP CAP BAC BTS Diplôme universitaire

Quelle spécialité ? _____

BAFA Complet ou Théorie ou Pratique

BP JEPS (précisez la mention) : _____

BEES COMPLET (précisez le degré et l'option) : _____

Autres Précisez : _____

RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)* :

OUI NON

***Pour les personnes concernées, n'hésitez pas à nous contacter directement au 03.81.90.50.05 afin d'aménager au mieux votre formation.**

Situation au démarrage de la formation

Vous exercez une activité professionnelle

Statut :

Indépendant

Salarié

Nom de la société : _____

Adresse de la société : _____

Agent titulaire état/collectivité

Nom du service/de la collectivité : _____

Adresse : _____

Agent

Agent non-titulaire

Nom du service/de la collectivité : _____

Adresse : _____

Autres

Contrat :

CDD

Durée : _____

CDI

Autres

En congé individuel de formation :

Oui

Non

Demandeur d'emploi :

Inscrit à l'agence Pôle Emploi de : _____

Numéro d'inscrit : _____

Depuis le : _____

Cette formation se déroule **sur 265 heures en centre de formation et 150 heures minimum de stage en entreprise** (selon calendrier prévisionnel). Merci de nous fournir les coordonnées exactes de votre structure d'accueil. Dans le cas où vous n'avez pas de structure d'accueil, veuillez contacter nos services.

Dans le cadre de ces stages pratiques, le stagiaire doit obligatoirement être confronté à la mise en œuvre des connaissances acquises au cours de la formation pendant les périodes en structure.

ORGANISME D'ACCUEIL

Nom de la structure de stage : _____

Nom du responsable : _____

Adresse de la structure: _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone de la structure: _____

E-mail du responsable : _____

Code APE (obligatoire) : _____

SIRET : _____

TUTEUR

Nom et Prénom du Tuteur* : _____

Téléphone : _____

E-mail (en majuscules) : _____

Fonction : _____

Diplôme(s) : _____

VOTRE FINANCEMENT

FINANCEMENT ENVISAGE

OPCO (Préciser le nom et l'adresse de la structure de rattachement (employeur)) :

Contrat de professionnalisation

Compte personnel de formation (CPF)

Personnel

France travail

Autres :

Fait à, le

(Nom et signature)

CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Pour être valable ; ce certificat doit être délivré moins de trois mois avant la date d'entrée en formation.

Je soussigné(e), _____, Docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance du contenu des tests CQP « Instructeur Fitness » certifie avoir examiné M/Mme _____, Né(e) le _____, candidat(e) à cette formation, et avoir constaté(e), ce jour, aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives.

- A l'accomplissement des tests de sélection à l'entrée en formation
- A la pratique d'activités physiques de fitness - musculation
- A l'encadrement des activités physiques et sportives

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin

Tests d'entrée de sélection - Prérequis techniques CQP Instructeur Fitness -

CQP Instructeur Fitness option : Musculation Personal Training

Une épreuve de démonstration avec 5 répétitions sur 5 mouvements de musculation :

- Squat : 100% du poids de corps pour les hommes, 40% du poids de corps pour les femmes (hanches à hauteurs des genoux, fémur parallèle au sol, mise en place d'un élastique avec le postérieur)
- Développé Couché : 80% du poids du corps pour les hommes, 40% du poids de corps pour les femmes (toucher poitrine sans rebond)
- Soulevé de terre : 80% poids de corps pour les hommes, 40% du poids de corps pour les femmes
- Fentes : 20kg pour les hommes, 10kg pour les femmes
- Epaulé-jeté : 20kg pour les hommes, 10kg pour les femmes

Evaluation de la technicité et des placements.

Critères de réussites : pour chacun des 5 mouvements, minimum 3 réussites sur 5.

ADAPTATION / ALLEGEMENT

Problème de santé, handicap, restrictions : les tests de sélection et/ou votre parcours peuvent peut-être être adaptés.

Contactez notre référente handicap, Jenny PALISSER :

Par mail : jenny@waterform.com

Par téléphone : 03 81 90 50 05

Tableau des équivalences à titre informatif

Tableau des équivalences

Peuvent donner droit à équivalence et à dispense d'épreuves des prérequis à l'entrée, des exigences préalables à la MSP ou des Unités de compétences constituant le **CQP Instructeur Fitness** les diplômes suivants:

Titres diplômes	Pré-requis à l'entrée	Pré-requis à l'entrée option	Exigences Préalables à la MSP	UC1	UC2	UC3	UC4	UC 5 CC	UC5 MPT	UC6 CC	UC6 MPT
Tous BEES 1°, 2° et 3°			X	X	X						
Tous BPJEPS du champ sport			X	X	X						
Tous CQP de la branche sport en face à face			X	X	X						
CQP ALS AGEE	X		X	X	X			X			
Licence STAPS entraînement			X	X	X	X					
Licence STAPS éducation et motricité			X	X	X	X					
DEUST MDF	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BPJEPS AGFF Mention C ou BPJEPS AF option A	X		X	X	X	X	X	X		X	
BPJEPS AGFF Mention D ou BPJEPS AF option B		X	X	X	X	X	X		X		X

