

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**Certificat complémentaire**  
« Direction d'un Accueil collectif de mineurs »

**Sous réserve d'habilitation DRAJES**

Dossier à renseigner et envoyer avec l'ensemble des pièces demandées

au plus tard le **27/02/2026**  
(cachet de la poste faisant foi\*)

à l'adresse suivante :  
**MFR de la Brenne**  
**1, rue Pierre Milon**  
**36300 LE BLANC**

Ce dossier d'inscription comprend :

- Une fiche d'inscription DRAJES (voir fin de document)
- Une fiche d'identité du stagiaire précisant : l'identité du stagiaire, ses diplômes, les conditions de l'alternance, ses expériences professionnelles et bénévoles.
- Une fiche de renseignement à compléter en cas d'incident ou d'accident et autorisation d'utilisation de droit à l'image
- La liste des documents et pièces justificatives à joindre à votre dossier.

Vous trouverez également des documents à conserver :

- La liste des prérequis pour l'entrée en formations.
- Le calendrier de la formation.

**Politique de protection des données personnelles**

La MFR s'engage à ce que les traitements de données personnelles soient conformes au « Règlement général sur la protection des données » (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les données personnelles collectées sont réservées à un usage professionnel et sont conservées dans le cadre réglementaire et institutionnel relatif aux archives. Les données collectées ne seront en aucun cas communiquées à des tiers autres que ceux utiles à leur traitement (structures gouvernementales et institutionnelles, services centraux et déconcentrés, organismes sous tutelle, opérateurs).

Nous garantissons le respect du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) selon les directives inscrites au J.O de l'Union Européenne L119 du 4 mai 2016

*(\*) Les dossiers d'inscription sont à envoyer exclusivement par voie postale. Les dossiers envoyés par mail ne seront pas pris en compte.*

**FICHE D'IDENTITE DU STAGIAIRE**

Photo

**1- Identité :**

☐ Madame    ☐ Monsieur    ☐ Autre

NOM : .....

Prénoms : .....

N° de sécurité sociale (n° INSEE) : .....

Date de naissance : ..... Age à l'entrée dans la formation : .....

Ville de naissance : .....

Département ou pays de naissance : .....

Situation de famille :

☐ Célibataire    ☐ Vivant maritalement    ☐ Marié(e)

Nombre d'enfants à charge : ..... Ages : .....

Etes-vous reconnu.e « travailleur.euse handicapé.e » par la MDPH ?

☐ Oui    ☐ Non

**2- Coordonnées :**

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

E-mail : .....

**3- Scolarité :**

| Diplôme(s) obtenu(s) | Année d'obtention |
|----------------------|-------------------|
| .....                | .....             |
| .....                | .....             |
| .....                | .....             |
| .....                | .....             |
| .....                | .....             |
| .....                | .....             |

Dernière classe fréquentée : ..... Année : .....

#### **4- Diplômes en lien avec l'animation :**

Non professionnels :

- ☐ BASE      ☐ BAFA      ☐ BAFD  
☐ AFPS      ☐ BNS      ☐ Autres : .....

Professionnels :

- ☐ BAPAAT    ☐ BPJEPS Option : .....  
☐ DUT : .....  
☐ Autre : .....

Unités de formation DEFA validées :

- ☐ GAO    ☐ PRH    ☐ ESA    ☐ Technique d'animation    ☐ Appro    ☐ Stage pratique

#### **5- Situation professionnelle actuelle :**

##### **Réservé aux salariés :**

Intitulé du poste : .....

Statut :

- ☐ Travailleur indépendant    ☐ Salarié du secteur privé    ☐ Salarié du secteur public

Nature du contrat :

- ☐ à durée indéterminée    ☐ à durée déterminée    ☐ à temps plein    ☐ à temps partiel

Employeur : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

*Si vous êtes employé.e dans le cadre d'un contrat aidé, précisez lequel : .....*

Avez-vous fait une demande de congé de formation professionnelle (CFP) ?

- ☐ Oui      ☐ Non

Si oui, est-elle :      ☐ acceptée    ☐ refusée    ☐ en attente de décisions

**Réservé aux demandeurs d'emploi :**

Date d'inscription à France travail (Pôle Emploi) : .....

Identifiant France travail :

.....

Adresse de votre Agence France travail :

.....

Etes-vous indemnisé.e ?      ☐ Oui      ☐ Non

Si oui, quelle indemnité percevez-vous (ARE, autre) ?.....

Date prévue de fin d'indemnisation : .....

**6- Situation professionnelle envisagée pour la formation :**

Dans le cas où vous n'auriez pas de structure d'alternance à l'inscription, nous vous invitons à prendre contact avec la MFR de la Brenne.

**La structure organisatrice :**

(ex : Mairie)

Nom ou raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Nom et qualité du responsable : .....

**La structure d'alternance :**

Nom ou raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Nom et qualité du responsable : .....

**La fonction tutorale (tuteur ou maître d'apprentissage) :**

Nom et prénom du tuteur ou maître d'apprentissage (MA) : .....

Fonction exercée par le tuteur ou MA : .....

Dernier diplôme obtenu dans l'animation, précisez la spécialité : .....  
.....

Dernier diplôme obtenu dans un autre secteur : .....  
.....

Dans le cas où le tuteur n'est pas titulaire d'un diplôme professionnel de l'animation au moins du niveau BPJEPS, un conseiller sera nécessaire. Si vous connaissez une personne qui peut correspondre :

Le conseiller :

Nom et prénom : .....

Fonction exercée : .....

Dernier diplôme obtenu dans l'animation, précisez la spécialité : .....  
.....

**Votre statut au sein de la structure :**

- ☐ Salarié – type de contrat :    ☐ CDI    ☐ CDD    ☐ Vacataire  
☐ Stagiaire non rémunéré (bénévole)

**7- Prise en charge financière de la formation :**

*(Dans le cas d'un financement multiple, cocher plusieurs cases)*

- ☐ Employeur (joindre l'attestation de prise en charge)  
☐ CPF (Compte personnel de formation)  
☐ Autofinancement (financement sur fonds personnels)  
☐ Prise en charge par un organisme financeur : OPCO, France Travail (joindre l'attestation de prise en charge)  
☐ Contrat d'apprentissage

Commentaires éventuels : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Votre entrée effective en formation est subordonnée à l'obtention de ces financements, ou à une prise en charge personnelle le cas échéant.

## EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES ET ASSOCIATIVES

### 1. VIE PROFESSIONNELLE

Reconstituez ici votre histoire professionnelle en partant de la dernière partie de votre parcours.

| Intitulé de l'emploi occupé | Dates, périodes | Durée | Statut (CDD, CDI, etc.) | Activités, tâches exercées (ce que je fais) | Compétences acquises (ce que j'ai appris) |
|-----------------------------|-----------------|-------|-------------------------|---|---|
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |
|                             |                 |       |                         |   |   |

## **2. ENGAGEMENTS ASSOCIATIFS OU AUTRE**

Reconstituez ici votre histoire bénévole, (associative ou autre).

| <b>Fonctions assurées<br/>(élu, responsable de, etc.)</b> | <b>Dates, périodes</b> | <b>Durée</b> | <b>Activités, tâches exercées<br/>(ce que je fais)</b> | <b>Compétences<br/>acquises<br/>(ce que j'ai appris)</b> |
|---|------------------------|--------------|--|--|
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |
|   |                        |              |  |  |

### **3. FORMATIONS CONTINUE :**

Notez ici les différentes formations diplômantes et non diplômantes suivies (stages, colloques, groupes de travail, de recherche, ...)

| <b>Dates,<br/>périodes</b> | <b>Intitulé de la formation, du stage,<br/>du colloque, etc.</b> | <b>Contenus</b> | <b>Compétences acquises<br/>(ce que j'ai appris)</b> |
|----------------------------|--|-----------------|--|
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |
|                            |  |                 |  |

**Fiche de renseignements  
En cas d'incident ou d'accident**

NOM : .....  
Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe domicile : ..... Téléphone portable : .....

Groupe sanguin : ..... N° de sécurité sociale : .....

Mutuelle : .....

Information en cas de contre-indication médicale :  
(Allergie, traitement en cours si récurrent/permanent, ou tout autre particularité à  
caractère médicale, etc.)

.....  
.....

MEDECIN TRAITANT : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

AUTRE PROFESSIONNEL MEDICAL A CONTACTER SELON BESOINS  
SPECIFIQUES, LE CAS ECHEANT :

Nom : ..... Spécialité : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

**Contact n°1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté ou autre : ..... Tél : .....

**Contact n°2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté ou autre : ..... Tél : .....

L'ensemble des informations contenues dans cette fiche est d'ordre confidentiel, l'organisme de formation ne peut les communiquer qu'en cas d'urgence et uniquement pour des raisons médicales, aux professionnels concernés.

En cas d'accident nécessitant une intervention urgente, j'autorise le coordinateur de la formation à prendre toutes les dispositions nécessaires pour ma sécurité.

**Signature :**

## AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

|   |   |
|---|---|
| NOM : .....<br>Prénom : .....<br><br>Date de naissance : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>..... | MFR de la Brenne<br>1, rue Pierre Milon<br>36300 LE BLANC<br><br>Contact : Stéphanie JARDIN<br>Coordinatrice pédagogique BPJEPS<br>ASEC / CCDACM<br>Tél : 06 07 53 39 14<br>Mail : <a href="mailto:stephanie.jardin@mfr.asso.fr">stephanie.jardin@mfr.asso.fr</a><br><br>Formation concernée :<br><input type="checkbox"/> BPJEPS ASEC<br><input type="checkbox"/> CCDACM<br>Autre : .....<br>..... |
|---|---|

Contexte : les responsables des formations à la MFR de la Brenne sont amenés à réaliser des photographies sur lesquelles peuvent apparaître le sujet. Ces images sont réalisées dans le cadre des activités de l'association, au sein du tiers lieu Carte Blanche où elle est installée, ainsi que des services qu'elle gère.

### **Mode diffusion :**

Le sujet autorise la MFR de la Brenne à faire usage des photographies dans le contexte décrit pour tous les usages ci-dessous.

**En cas de désaccord pour l'une des utilisations, le sujet raye la mention concernée ci-dessous.** Il est informé qu'en refusant aucune autorisation, sa photographie pourra être utilisée sur les supports indiqués ci-dessous.

Site Internet – Blog – Réseaux sociaux - Support papier (plaquette, flyer, brochure, catalogue...) – Presse – Livre – Exposition – Présentation (diaporama...)

Les photographies seront exclusivement utilisées par la MFR de la Brenne et ne seront en aucun cas cédées à des tiers, sous aucune forme que ce soit, sauf demande formelle d'autorisation du sujet.

Fait à .....Le .....

Et établit en deux exemplaires :

Le stagiaire

Pour la MFR de la Brenne

**Pièces à fournir par le candidat**

Documents **à joindre obligatoirement** au dossier d'inscription.  
**Tout dossier incomplet, non conforme ou déposé hors délais  
sera jugé irrecevable.**

Cadres  
réservés à  
l'administration

- ☐ Dossier d'inscription dûment complété
- ☐ Une photo d'identité récente
- ☐ Une photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso ou du passeport, **en cours de validité** ou du titre de séjour pour les étrangers
- ☐ Copie du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté pour les français(es) pour les personnes de moins de 25 ans (25 ans inclus)
- ☐ Copie de l'attestation de recensement pour les personnes de moins de 25 ans (25 ans inclus)
- ☐ 4 enveloppes vierges timbrées (timbre vert) au format 11x23cm
- ☐ Une photocopie de l'attestation de l'organisme de protection sociale (la copie de la carte vitale et de mutuelle ne sont pas suffisantes.)
- ☐ Une photocopie **de tous les diplômes obtenus** (y compris hors champ de l'animation)
- ☐ Fiche de renseignement en cas d'accident et autorisation d'utilisation de droit à l'image
- ☐ Pour les personnes en situation de handicap, l'attestation de la MDPH ou l'avis du médecin désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées en vue de l'application des articles A 212-44 et A 212-45
- ☐ **Les justificatifs d'une expérience d'animation**, dont une au moins en accueil collectif de mineurs, d'une durée totale de vingt-huit jours dans les cinq ans qui précèdent l'entrée en formation
- ☐ Un justificatif d'inscription en cours ou le diplôme d'une des formations suivantes : BPJEPS, ou DEJEPS, DESJEPS
- ☐ **Une photocopie d'une attestation de formation au secourisme** : PSC1 ou AFPS – en cours de validité, PSE 2, AFGSU de niveau 1 ou 2, STT

**Dossier d'inscription à retourner avant le 27 février 2026 à :**

MFR de la Brenne  
1, rue Pierre Milon 36300 LE BLANC

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, contactez-nous par téléphone (06 85 12 04 78) ou par mail ([laure.bougon@mfr.asso.fr](mailto:laure.bougon@mfr.asso.fr) / [stephanie.jardin@mfr.asso.fr](mailto:stephanie.jardin@mfr.asso.fr)). Nous vous répondrons bien volontiers.

Il est également possible de prendre rendez-vous pour une aide au renseignement du dossier d'inscription.

|                   |
|-------------------|
| <b>Pré-requis</b> |
|-------------------|

Pour l'entrée en Certificat complémentaire « Direction d'un accueil collectif de mineurs » (CCDACM) :

**1. Avoir 18 ans**

**2. Répondre aux exigences préalables de la DRAJES :**

- être titulaire de l'une des attestations de formation relative au secourisme suivante :

- « prévention et secours civiques de niveau 1 » (PSC1) ou « attestation de formation aux premiers secours » (AFPS) ;
- « premiers secours en équipe de niveau 1 » (PSE 1) en cours de validité ;
- « premiers secours en équipe de niveau 2 » (PSE 2) en cours de validité ;
- « attestation de formation aux gestes et soins d'urgence » (AFGSU) de niveau 1 ou de niveau 2 en cours de validité ;
- « certificat de sauveteur secouriste du travail (STT) » en cours de validité.

- être admis en formation ou être titulaire d'une spécialité ou d'une mention du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, du diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport et du diplôme d'Etat supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport ;

- et, être capable de justifier d'une expérience d'animation de mineurs, dont une au moins en accueil collectif de mineurs, d'une durée totale de vingt-huit jours dans les cinq ans qui précèdent l'entrée en formation, au moyen d'une attestation délivrée par la ou les structures d'accueil.

## CALENDRIER CCDACM

### LEGENDE :

|  |   |
|--|---|
|  | Séquence 1 : préparation de la direction d'ACM, centrée sur la dimension pédagogique, administrative et d'accompagnement d'une équipe pédagogique |
|  | Stage en entreprise pendant les vacances d'été (juillet-août 2026) / 18 jours minimum   |
|  | Séquence 2 : accompagnement à l'évaluation de l'expérience de direction effectuée   |
|  | Temps tuteurs / Visites entreprises   |
|  | Positionnement / Projet individuel de formation (PIF)   |
|  | FOAD  |
|  | Préparation certifications / Formation évaluateur   |
|  | Certifications  |
|  | Rattrapages certifications  |

| Dates  | BC  |
|--|---|
| 27/02/26   | Fin des inscriptions  |
| 06/03/26   | EPEF (exigences préalables à l'entrée en formation)   |
| 11 et 12/03/26   | Sélection   |
| 02 et 03/04/26   | Positionnement / Début formation  |
| <b>Séquence 1 : préparation de la direction d'ACM, centrée sur la dimension pédagogique, administrative et d'accompagnement d'une équipe pédagogique</b> |   |
| 30/04/26   | Début des cours en OF<br>Organisation de la vie collective / Vivre ensemble /<br>Citoyenneté, laïcité, éduc pop, problématiques environnementales |
| 07/05/26   | Modélisation de l'animateur   |
| 21/05/26   | Les différents niveaux de projets<br>Conduite de projets de direction   |
| 22/05/26   | PIF<br>Préparation au recrutement   |
| 28/05/26   | La SDJES : rôle, mission et fonctionnement<br>Les entretiens  |
| 29/05/26   | TAM et budgets<br>Partenaires : CAF et MSA  |
| 04/06/26   | Réglementation en ACM   |
| 05/06/26   | Gestion d'équipe  |
| 25/06/26   | Visio collective avec tuteurs   |
| 02/07/26   | Méthodo de projet / PIF   |
| 03/07/26   | Les publics / La pédagogie  |
| 04/07 au 30/08/26  | TEMPS ENTREPRISE  |
| Juillet 2026   | VISITES ENTREPRISE  |
| <b>Séquence 2 : accompagnement à l'évaluation de l'expérience de direction effectuée</b>   |   |
| 10/09/26   | Accueil / Point de situation / PIF  |
| 11/09/26   | Analyse pratiques et évaluation (méthodologie de projet, retour expériences)  |
| 23/09/26   | Journée de formation des évaluateurs  |
| 24/09/26   | La vie de groupe : retour d'expériences et outils méthodo   |
| 25/09/26   | FOAD  |
| 01/10/26   | Préparation certification CCDACM  |
| 02/10/26   | Préparation certification CCDACM  |
| 22/10/26   | Comité technique BPJEPS   |
| 05/11/26   | >>> Envoi des dossiers aux évaluateurs  |
| 19/11/26   | Préparation à l'oral de la certification  |
| 01/12/26   | Bilan de la formation avec les stagiaires et les tuteurs  |
| 03/12/26   | Certification CCDACM  |
| 07/01/27   | Rattrapage CCDACM   |



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

*DRAJES du Centre-Val de Loire et du Loiret  
Pôle Certification-Formation-Emploi  
Service animation et sport*

**Date de réception**

## DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION

☐ BPJEPS  
☐ DEJEPS..... ☐ DESJEPS  
☐ UCC..... ☐ CS  
Spécialité (à préciser) :  
Mention (à préciser) :

**Organisme de formation :**

### **ATTENTION**

***Ce dossier doit être déposé au minimum 15 jours avant le début des TEP.  
Tout dossier incomplet ou hors-délai entraînera la non inscription en  
formation.***

Nom patronymique : .....  
(nom de naissance)

Nom d'usage : .....  
(facultatif) c'est à dire nom de l'époux(se), veuf(ve), de l'ex-conjoint dont l'intéressée  
est divorcée; nom de l'autre parent, accolé au nom patronymique

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....  
(tout changement devra être immédiatement communiqué à la DRAJES afin de permettre l'envoi du  
diplôme)

Téléphone : .....

Courriel : .....

***\*\*IMPORTANT\*\**** Attention merci de veiller à bien renseigner lisiblement votre mail  
afin de vous contacter si besoin.

**Signature de l'intéressé**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux données  
nominatives portées sur cette fiche signalétique. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour ces  
données auprès de la direction régionale de la jeunesse et des Sports du lieu de votre domicile.