

## DOSSIER DE CANDIDATURE 2026-2027

**À retourner dûment complété avec les pièces demandées pour l'inscription,  
de la page 1 à la page 7**

**BP JEPS Spécialité « Éducateur Sportif »  
Mention « Multi-activités physiques ou sportives pour tous »**

### IDENTITÉ DU CANDIDAT

*\*Champ obligatoire*

Nom\* : .....

Nom d'usage\* : .....

Prénom(s) \* : .....

Sexe\* : Féminin ☐ Masculin ☐

Etes- vous en situation de handicap \* : Oui ☐ Non ☐

Souhaitez-vous être accompagné(e) pour compléter le dossier de candidature ? Oui ☐ Non ☐  
*Si oui, veuillez contacter le Pôle Formation au 0596 38 38 12 ou 0696 43 59 59*

Si oui, souhaitez-vous être accompagné dans votre parcours ? Oui ☐ Non ☐

Date et lieu de naissance\* : 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | M | M | A | A | A | A |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

 à .....

Nationalité\* : .....

Permis B + véhicule : Oui ☐ Non ☐

Si non, moyen de transport : .....

☎ Domicile : ..... Professionnel : .....

☎ Portable\* : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

@\* : .....

## DOMICILIATION

Adresse\* : .....  
.....  
.....

Code Postal\* : ..... Ville\* : .....

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### 1- DIPLÔMES SCOLAIRES ET/OU UNIVERSITAIRES\*

☐ Brevet des Collèges ☐ CAP/BEP ☐ BAC ☐ BTS ☐ Licence ☐ Master

Préciser la spécialité du diplôme le plus élevé : .....

Autres diplômes obtenus : .....

### 2- DIPLÔMES JEUNESSE & SPORTS ET/OU FÉDÉRAUX\*

☐ Certificat Fédéral (préciser) : .....

☐ BPJEPS (préciser spécialité/mention) : .....

☐ Autres : .....

Détails supplémentaires (si nécessaire) :

- .....
- .....

Comment avez-vous eu l'information de la mise en place de cette formation ?

☐ Réseaux sociaux ☐ Radio ☐ Télévision ☐ Mail ☐ WhatsApp

☐ Personne à personne ☐ Affiche ☐ Autres (Précisez) .....

Expériences dans l'animation et l'encadrement de public : .....

.....  
.....  
.....

Titres sportifs : .....

.....

.....

.....

### 3- SPORTS PRATIQUÉS EN LOISIR ET/OU COMPÉTITION

| Année | Intitulé du sport | Structure(s) | Niveau |
|-------|-------------------|--------------|--------|
|       |                   |              |        |
|       |                   |              |        |
|       |                   |              |        |
|       |                   |              |        |
|       |                   |              |        |

### 4- VIE ACTIVE\*

Avez-vous déjà exercé une activité professionnelle ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, remplir le tableau ci-dessous (les trois dernières années) :

| Nature de l'emploi | Dates<br>(Préciser mois et<br>année) | Nom et adresse des<br>employeurs | Statut<br>(Salarié(e), CDD, CDI,<br>bénévole, autres ...) |
|--------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                    |                                      |                                  |                                                           |
|                    |                                      |                                  |                                                           |
|                    |                                      |                                  |                                                           |
|                    |                                      |                                  |                                                           |
|                    |                                      |                                  |                                                           |
|                    |                                      |                                  |                                                           |

## VOTRE STATUT

### Êtes-vous inscrit comme demandeur d'emploi\* ?

- A France Travail (ex. Pôle Emploi) ? Oui ☐ Non ☐
- Si oui, le numéro d'identifiant : .....  
**(à récupérer sur votre carte d'inscription)**

*Si vous êtes demandeur d'emploi la formation est financée par la Collectivité Territoriale de la Martinique et Indemnisée par le France Travail.*

### Si non, merci d'indiquer votre statut actuel\* :

- ☐ Agent territorial / ☐ Chef d'entreprise / ☐ Travailleur indépendant / ☐ Étudiant
- ☐ Salarié (e) / ☐ Autre : Préciser : .....

### Coordonnées :

#### ENTREPRISE/ TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Raison sociale : .....

N°SIRET : .....

Code APE : .....

Adresse de l'entreprise : .....

.....

.....

Déclaration INSEE : .....

Mail : .....

Tél : .....

#### COLLECTIVITÉ

Nom : .....

N° SIRET : .....

Lieu de travail (Résidence administrative) :

.....

Adresse : .....

.....

.....

Mail : .....

Tél : .....

### Prise en charge du dossier de financement :

- Nom/Prénom du responsable : .....
- Fonction : .....
- Tél : .....
- Mail : .....

### Financement(s) de votre formation ?

- ☐ Entreprise
- ☐ Financement propre
- ☐ Compte Personnel de Formation (CPF)
- ☐ Opérateur de compétences (OPCO)

Précisez le nom de l'OPCO : .....

☐ Autre, précisez : .....

### Facturation

Nom de la structure destinataire de la facture : .....

Adresse : .....

Nom/Prénom du contact : .....

Tél : .....

Mail : .....

### Quel sera votre mode de règlement ?

- ☐ Par Carte bancaire
- ☐ Par virement  
(avec l'envoi par mail du récépissé de l'ordre de virement sur lequel est mentionné le numéro de facture à : [dir.formation@ims.mq](mailto:dir.formation@ims.mq))
- ☐ Effectué par un Opérateur de compétences (OPCO) :

Nom de l'organisme : .....

Contact : .....

Adresse : .....

.....

CP/Ville : .....

Tél : .....

Mail : .....

**5- VOTRE PROJET PROFESSIONNEL \***

Décrivez votre projet professionnel en quelques lignes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Quelles sont vos motivations pour suivre cette formation ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## CERTIFICAT MÉDICAL

### CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION A L'EXERCICE DES ACTIVITÉS PRATIQUÉES AU COURS DE LA FORMATION ET A L'ACCOMPLISSEMENT DU OU DES TESTS PRÉALABLES A L'ENTRÉE EN FORMATION POUR CEUX QUI Y SONT SOUMIS ET A LA PRATIQUE, A L'ENCADREMENT DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

« Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine,

Atteste avoir pris connaissance du contenu des tests ainsi que des activités pratiquées au cours de la formation préparatoire à la mention « **Multi-activités physiques ou sportives pour tous** » du brevet professionnel, de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité « éducateur sportif » ci-dessous mentionnés,

certifie avoir examiné, M./Mme ....., candidat(e) à ce brevet, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente :

- à l'accomplissement du ou des tests préalables à l'entrée en formation (si il/elle y est soumis(e)
- et à l'exercice de ces activités.

J'atteste en particulier que M./Mme ....., présente une faculté d'élocution et une acuité auditive normales ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

#### Sans correction :

- Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil, mesurées séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/0 pour chaque œil. Soit au moins : 3/10 + 1/10 ou 2/10 + 2/10.

#### Cas particulier :

Dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 4/10 + inférieur à 1/10.

#### Avec correction :

- Soit une correction amenant une acuité visuelle de 10/10 pour un œil quelle que soit la valeur de l'autre œil corrigé (supérieur à 1/10) ;
- Soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque œil corrigé, avec un œil corrigé au moins à 8/10.

#### Cas particulier :

Dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 10/10 pour l'autre œil corrigé.

La vision nulle à un œil constitue une contre-indication.

Et avoir constaté qu'il/qu'elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et l'encadrement de la natation et du sauvetage ainsi qu'à la surveillance des usagers des établissements de baignade.

Ce sujet n'a jamais eu de perte de connaissance ou de crise d'épilepsie et présente en particulier une aptitude normale à l'effort, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voix normale à 5 mètres.

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

Fait à ..... le .....

Cachet du médecin

Signature du médecin



## **INFORMATIONS AU MEDECIN :**

### **A- Dispositions particulières pour les personnes présentant un handicap :**

La réglementation du diplôme prévoit que le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale peut, après avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport ou par la Fédération française de sport adapté, aménager le cursus de formation et les épreuves d'évaluation certificative pour toute personne justifiant d'un handicap.

Dans le cas où le médecin constate une contre-indication liée à un handicap, il le mentionne sur le certificat et oriente, le (la) candidat(e) vers le dispositif mentionné ci-dessus.



**ATTESTATION DE NIVEAU DE PRATIQUE PERSONNELLE  
EN ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES  
(Dans le cadre d'une entrée en formation)**

Je soussigné(e) .....

Fonction : .....

Structure / Organisme : .....

Atteste que :

Nom et prénom du candidat : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pratique régulièrement des activités physiques et/ou sportives au sein de la structure / dans le cadre suivant : .....

Cette pratique représente environ :

- Nombre d'heures de pratique par semaine : .....
- Durée totale de pratique (mois/années) : .....
- Type et détail des activités exercées : .....  
.....  
.....

Cette attestation est délivrée afin de justifier d'un niveau de pratique personnelle en activités physiques et sportives dans le cadre d'un dossier de candidature à une formation.

Fait à ..... le .....

Nom et qualité du signataire : .....

Signature

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**  
**BP JEPS MULTI-ACTIVITES PHYSIQUES OU SPORTIVES POUR TOUS**  
**Session 2026-2027**

**Nom/Prénom :** .....

**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

**Contact 1**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

N° de téléphone portable : .....

N° de téléphone professionnel : .....

N° de téléphone domicile : .....

@ : .....

**Contact 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

N° de téléphone portable : .....

N° de téléphone professionnel : .....

N° de téléphone domicile : .....

@ : .....

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

**\*\* Cocher les cases correspondantes**

Je soussigné(e)..... déclare sur l'honneur :

**\*\*** ☐ Autoriser / ☐ Ne pas autoriser l'Institut Martiniquais du Sport à diffuser sur le site internet et/ou le journal interne, ainsi que sur tout document de l'établissement les photos et/ou vidéos me concernant prises lors des tests de sélection et durant les activités de formation. Cette autorisation n'est valable que dans ce cadre et ne peut donner lieu à aucune poursuite ni à une quelconque indemnisation.

☐ Avoir pris connaissance des conditions d'inscription liées à la formation.

☐ Attester que les renseignements fournis dans mon dossier d'inscription sont sincères et véritables. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

\*Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'INSTITUT MARTINICAIS DU SPORT - Quartier Mangot Vulcin - Route du Vert Pré - 97232 LE LAMENTIN, représenté par Grégory EUPHROSINE son représentant légal. Vos informations personnelles sont destinées à constituer votre dossier de candidature. La base légale du traitement est votre consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le Directeur général, la Responsable formation et/ou un collaborateur du service formation.

En cas d'issue négative à votre candidature, l'INSTITUT MARTINICAIS DU SPORT vous informera qu'il souhaite conserver votre dossier, afin de vous laisser la possibilité d'en demander la destruction.

Si vous ne demandez pas la destruction de votre dossier, les données sont automatiquement détruites 2 ans après le dernier contact. Seul votre accord formel permettra une conservation plus longue.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'INSTITUT MARTINICAIS DU SPORT – Quartier Mangot Vulcin - Route du Vert Pré - 97232 LE LAMENTIN, représenté par Grégory EUPHROSINE à l'adresse mail suivante : [contact@ims.mq](mailto:contact@ims.mq).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

A ..... le .....

Signature obligatoire du candidat précédée de la mention « lu et approuvé »

## Documents à conserver

### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION

- ☐ Photocopie d'une attestation ou certificat de formation relatif au secourisme :
  - Premier Secours Citoyen (PSC) ;
  - Attestation de formation aux premiers secours (AFPS) ;
  - Premiers Secours en Equipe de niveau 1 ou 2 (PSE1/PSE2) ;
  - Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 1 ou 2 (AFGSU1/AFGSU2) ;
  - Sauveteur Secouriste du Travail (SST).

*① Tout justificatif de formation en secourisme transmis doit être en cours de validité ou assorti d'une attestation à jour de maintien des acquis ou de formation de recyclage.*

**NB** : Les candidats exerçant une **activité professionnelle dans le domaine du secourisme** (ex : Sapeurs-pompiers) doivent justifier du "maintien-actualisation des compétences obligatoires"

- ☐ Photocopie du certificat individuel de participation à la « Journée Défense et Citoyenneté » (JDC) anciennement appelée « Journée d'Appel de Préparation à la Défense » (JAPD) ;  
*(Pour les candidats de nationalité française de 18 à 25 ans)*
- ☐ Le certificat médical de non-contre-indication à la pratique des activités physiques ou sportives datant de moins d'un an à la date d'entrée en formation en Annexe 1 et de moins de 3 mois au moment de passer les tests d'entrée en formation (cachet + signature du médecin **obligatoires**) ;  
*(Il est impératif d'utiliser le certificat en Annexe 1, aucun autre document ne sera accepté)*
- ☐ Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport ou par la Fédération française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée ;
- ☐ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), le cas échéant ;
- ☐ Photocopies des diplômes obtenus (scolaire, professionnel, fédéral, etc.) ; + l'/les attestation(s) justifiant de l'allègement de certaines épreuves ;
- ☐ Justifier d'un niveau de pratique personnelle en activités physiques ou sportives ;  
*(Il est impératif d'utiliser l'attestation en annexe 2, aucun autre document ne sera accepté)*
- ☐ Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ou Photocopie de la carte de séjour (ou son récépissé) pour les candidats de nationalité étrangère **en cours de validité** ;
- ☐ Une attestation d'assurance en **Responsabilité Civile** en cours de validité, mentionnant votre nom et prénom couvrant vos dommages durant les épreuves et la formation ;
- ☐ Curriculum Vitae (incluant le parcours professionnel et le parcours sportif, le cas échéant) ;
- ☐ 1 photo d'identité avec le nom, prénom et formation au dos ;
- ☐ Avis de situation au regard de France Travail datant de moins de 3 mois ;  
*(pour les demandeurs d'emploi)*
- ☐ Photocopie de l'attestation de réussite TEP, le cas échéant ;
- ☐ Photocopies de vos attestations de sportif de haut niveau, le cas échéant + courrier de demande d'aménagement.

## **INFORMATION IMPORTANTE SUR LES CONDITIONS D'HONORABILITE PERMETTANT L'EXERCICE PROFESSIONNEL NOTAMMENT AU COURS DE L'ALTERNANCE**

- Nul ne peut enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive ou entraîner ses pratiquants à titre rémunéré ou bénévole s'il a fait l'objet d'une condamnation pour crime ou pour l'un des délits inscrits à l'article L.212-9 du code du sport.
- Nul ne peut enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive auprès de mineurs s'il fait l'objet d'une mesure administrative d'interdiction ou de suspension de participer à la direction et à l'encadrement en centre de vacances, de loisirs ou de groupements de jeunesse.
- Nul ne peut exercer une fonction à quelque titre que ce soit dans les établissements, services ou lieux de vie et d'accueil régis par le Code de l'action sociale et des familles (ex : accueils collectifs de mineurs) s'il a été condamné définitivement pour crime ou à une peine d'au moins deux mois d'emprisonnement sans sursis pour certains délits. Les candidats dans une de ces situations ne pourront obtenir leur carte professionnelle et continuer leur cursus de formation.

## MODALITÉS DE VÉRIFICATION DES EXIGENCES PRÉALABLES À L'ENTRÉE EN FORMATION

- Être titulaire du Premier Secours Citoyen (PSC) ou équivalent
- Justifier d'un niveau de pratique personnelle en activités physiques ou sportives

### **Informations complémentaires aux exigences préalables à l'entrée en formation**

- Réussir au test d'exigences préalables décrit en annexe II de l'arrêté relatif à la formation, composé des deux épreuves :
    - a. Epreuve n° 1 : test navette « Luc Leger »
    - b. Epreuve n°2 : parcours d'habileté motrice chronométré
  - Produire un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des activités physiques ou sportives datant de moins d'un an à la date d'entrée en formation ;
  - Pour les personnes en situation de handicap, l'avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport ou par la Fédération française de sport adapté ou désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sur la nécessité d'aménager le cas échéant la formation ou les épreuves certificatives selon la certification visée ;
  - Une copie de l'attestation de recensement ou du certificat individuel de participation à la journée défense et citoyenneté pour les moins de 25 ans
  - La ou les attestations justifiant de l'allègement de certaines épreuves fixées par l'arrêté portant création de la spécialité, de la mention du diplôme, ou du certificat complémentaire visé.
- **Épreuves de sélection organisées par le Centre de Formation**
    - Une épreuve écrite (rédaction et QCM)
    - Un entretien oral
  - **Objectifs des tests**

Sélectionner, parmi les candidats répondant à l'exigence préalable, ceux qui présentent un profil permettant d'envisager leur réussite au diplôme.

Les critères de sélection seront les suivants : compétence, motivation, expérience, nombre de places habilitées.

## ÉQUIVALENCE POUR L'ENTRÉE EN FORMATION

**Toute demande doit être justifiée en apportant les éléments nécessaires  
(Photocopies des diplômes)**

### Équivalence :

L'équivalence permet d'obtenir un diplôme ou une partie de diplôme. Dans ce cas – et dans ce cas seulement – vous n'avez pas besoin de passer les examens correspondants.

### TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DISPENSES DES EXIGENCES PRÉALABLES À L'ENTRÉE EN FORMATION (EPEF), DES EXIGENCES PRÉALABLES À LA MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE (EPMS) ET/OU DES MODALITÉS D'ÉPREUVES CERTIFICATIVES, AINSI QUE DES ALLÈGEMENTS ET/OU CORRESPONDANCES DE BLOC DE COMPÉTENCES (BC) AVEC LE BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT, SPECIALITÉ « ÉDUCATEUR SPORTIF », MENTION « MULTI- ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES POUR TOUS »

La personne titulaire de l'une des certifications mentionnées dans le tableau figurant ci-après est dispensée des EPEF, des EPMS et/ou des modalités d'épreuves certificatives, et/ou obtient les allègements et/ou les BC correspondants du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport spécialité « éducateur sportif » mention « multi-activités physiques ou sportives pour tous », suivantes :

|                                                                                                                                                                                             | EPEF<br>visées à l'article 5 | EPMS<br>visées à l'article 6 | BC 3            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Sportif de haut-niveau inscrit ou ayant été inscrit sur la liste ministérielle mentionnée à l'article L.221-2 du code du sport.                                                             | TEP (*) épreuve 1 uniquement |                              |                 |
| Une qualification inscrite à l'annexe II-1 du code du sport ou à l'annexe de l'arrêté du 2 octobre 2007, à l'annexe de l'arrêté du 22 janvier 2016 ou à l'annexe de l'arrêté du 9 mars 2020 | TEP (*) uniquement           |                              |                 |
| TEP (*) du BPJEPS (*) spécialité « éducateur sportif » mention « activités physiques pour tous » - RNCP37191                                                                                | TEP (*) uniquement           |                              |                 |
| UC (*) 1 ou 2 du BPJEPS (*) spécialité « éducateur sportif » mention « activités physiques pour tous » - RNCP37191                                                                          | X                            |                              |                 |
| UC (*) 3 ou 4 du BPJEPS (*) spécialité « éducateur sportif » mention « activités physiques pour tous » - RNCP37191                                                                          | X                            | X                            | Allègement (**) |
| UC (*) 3 et 4 du BPJEPS (*) spécialité « éducateur sportif » mention « activités physiques pour tous » - RNCP37191                                                                          | X                            | X                            | X               |

(\*)

UC : unité capitalisable

TEP : test d'exigences préalables

BPJEPS : brevet professionnel de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport

(\*\*) Les allègements de formation précisés dans le tableau sont établis lors du positionnement et ne présagent pas des allègements qui pourraient être obtenus au titre du parcours personnel du candidat.

*Nota bene* : Les dispenses des modalités d'épreuves certificatives ainsi que les allègements et/ou correspondances avec les blocs de compétences 1 et 2 communs à l'ensemble des mentions du BPJEPS sont précisées dans un arrêté spécifique.

## PROCEDURE DE DEMANDE D'EQUIVALENCE

### Unité(s) Capitalisable(s)/Blocs de compétences du BP JEPS

Nous vous indiquons ci-après la procédure imposée par la Direction Régionale Académique, à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DRAJES) de Martinique :

**1. Envoyer par mail\* ou par courrier\*\* au Pôle Formation de l'IMS avec accusé de réception et confirmation de lecture**, votre courrier de demande formulé explicitement, en indiquant les précisions suivantes :

- Le **diplôme visé** en précisant la spécialité ;
- Le **diplôme détenu** en mentionnant la spécialité ;
- Vos coordonnées (nom de naissance, nom d'usage, prénoms, date et lieu de naissance, adresse personnelle, code postal, ville, téléphone, mail) ;
- Les **unités capitalisables** dont vous êtes titulaire en état de validité en précisant si ce sont des unités d'un BP JEPS en 10UC ou 4 UC ;
- Les **blocs de compétence** dont vous souhaitez l'acquisition.



## CONTACTS IMS

Le dossier complet est à retourner au Pôle Formation de l'IMS par mail **en un seul PDF**, ou directement sur place.

**Quartier Mangot Vulcin – Route du Vert-Pré  
97232 LE LAMENTIN**

### Accueil

☎ 0596 38 38 00

### Pôle formation :

- |                    |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| • PYRAM Arielle    | ☎ 0596 38 38 12 / 0696 43 59 59 |
| • JUFRE Kelly      | ☎ 0596 38 38 00 / 0696 81 87 87 |
| • SERAPHIN Tatiana | ☎ 0596 38 38 18 / 0696 81 18 62 |

Mail : **dir.formation@ims.mq**

**Aucun dossier incomplet ne sera accepté**

**Pour connaître la date limite de remise des dossiers de candidature, veuillez nous contacter par mail ou téléphone.**

***La réception des dossiers de candidature aura lieu :***

Les lundis, mardis et jeudi de 8h30 à 12h30 et de 14h00 à 16h00  
Les Mercredis et vendredi de 8h30 à 12h30

### ***L'accessibilité des personnes en situation de handicap à l'IMS***

Tous les espaces identifiés à l'IMS permettent d'effectuer des manœuvres de contournement. De larges couloirs permettent à deux personnes de se croiser, quelle que soit leur situation.

Des places de stationnement adaptées et matérialisées sont disponibles au sein des 3 parkings de l'IMS :

- 4 à l'entrée du bâtiment Administratif
- 1 en face du bâtiment Restauration
- 2 en face de l'espace de Crossfit

L'accueil du public en situation de handicap est assuré par Madge SALOMON et Arielle PYRAM, référents handicap. Elles se chargent de recueillir des précisions sur la nature du handicap et sur les moyens à mettre en œuvre pour rendre leur séjour dans le centre le plus confortable possible.

Pour toute demande d'information complémentaire liée à votre prise en charge, vous êtes invités à vous rapprocher de nos services.

### ***Moyens de transport pour accéder à l'IMS***

- |                                                                              |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| • Bus ligne 421 du réseau Mozaïk<br>Arrêt « Mangot Vulcin » en face de l'IMS | • Bus ligne 404 du réseau Mozaïk<br>Arrêt « Mangot Vulcin » en face de l'IMS |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|