

Cher ami(e),

Pour que votre candidature soit prise en compte, veuillez fournir les éléments suivants :

- Fiche de candidature remplie dans son intégralité (ne pas oublier la photo)
- Les photocopies des brevets d'animation, de secourisme, de sauvetage : BAFA, AFPS, SB
- la fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- un certificat médical d'aptitude à animer des enfants et à vivre en collectivité, datant de 3 jours avant le début du centre.

Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de ces documents. Les décrets de mai 2003 ont rigidifiés la législation et nous serons dans **l'obligation légale de refuser tout dossier de candidature incomplet.**

Michael GUEDJ

votre partenaire éducatif

ISEJ Institut Socio Educatif Juif

Association loi 1901 agréé par la Direction de la Jeunesse et des Sports

45 rue Vacon 13001 Marseille / Tél. 06.13.60.75.10

isej.marseille@gmail.com www.isej.fr



E
T
E

2

0

1

9

CANDIDATURE ANIMATEUR-ANIMATRICE

Ce dossier est à remettre avant le 01 Avril



1 – ETAT CIVIL

NOM

PRENOM.....

Date de Naissance...../...../.....

Ageans

Adresse :

.....

.....

Code Postal.....

Ville.....

Téléphone domicile

...../...../...../...../.....

Téléphone Portable

...../...../...../...../.....

Adresse Email :

.....

Etude ou statut en cours :

.....

(Préciser pour les lycées et étudiants le cursus et la discipline)



2- FORMATION ET EXPERIENCES

- **BREVETS**

- Avez-vous le Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur **BAFA** ?
 En totalité Théorique + pratique Théorique Non

- Avez-vous le Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur **BAFD** ?
 En totalité En cours d'obtention (quel stade) :

- Etes-vous en possession d'un autre **brevet** qualifiant (par exemple AFPS, BNS) ?
 OUI, préciser le(s)quel(s) : NON

Votre dernier centre de vacances avec l'ISEJ :

Période (hiver, été)	Lieu	Directeur	Fonction	Groupe	Bref commentaire

- **EXPERIENCE DANS L'ANIMATION** (si le même que dessus, ne pas réécrire)

Organisme	Type CV /CLSH	Période (hiver, été) Année	Lieu	Fonction	Age des enfants

3- VOS COMPETENCES/ VOS CONNAISSANCES

• APTITUDES ARTISTIQUES

- MUSIQUE

- 1) Sais-tu jouer d'un instrument de musique? oui non Lequel ? _____
a. Si oui, depuis combien de temps ? _____
b. Serais-tu capable de l'enseigner à d'autres ? oui non
- 2) Connais-tu des chansons françaises et anglaises ? oui non
- 3) Connais-tu des chansons israéliennes? oui non
× Si oui, combien ? entre 1 et 5 entre 5 et 10 plus de 10
- 4) Es-tu capable d'apprendre un chant ? oui non
- 5) Es-tu capable d'écrire les paroles d'une chanson sur une air connu ? oui non
- 6) Es-tu capable de créer une chanson (paroles et musiques) ? oui non

- ARTS ET TRAVAUX MANUELS

- 1) Sais-tu dessiner ? oui non Peindre ? oui non
- 2) Es-tu capable de diriger un atelier de travaux manuels? oui non
× Quels ateliers es-tu capable de diriger ? _____
-
- 3) Es-tu capable d'installer une décoration ? oui non

- DANSE

- 1) Sais-tu enseigner des danses ? oui non
- 2) Sais-tu danser des danses folkloriques ? oui non
- 3) Es-tu capable de monter une chorégraphie ? oui non

- THÉÂTRE

- 1) Peux-tu jouer dans une pièce ? oui non
- 2) Es-tu capable d'animer un atelier d'expression corporelle ? oui non

- SPORTS

- 1) Quels sports pratiques-tu ? _____
- 2) Es-tu capable d'organiser une séance sportive? oui non

AUTRES DOMAINES DE COMPETENCES : si certains éléments nous ont échappé, veuillez l'indiquer à la suite.

.....
.....
Décris un projet (pédagogique, artistique, sportif, de formation) que tu as entrepris, seul ou en équipe.
Raconte tes difficultés, tes forces et le résultat obtenu. -----

5- VOS SOUHAITS POUR CET ETE

En quelques lignes, expliquez vos motivations à l'animation :

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

Vous pensez pouvoir remplir les fonctions de :

animateur, animatrice

Adjoint de direction

Assistant Sanitaire

Econome

Directeur

AU MOIS DE JUILLET /

Colo à la montagne 1 SEMAINE « 6-8 ans »

Colo à la montagne 2 SEMAINES « 7-16 ans »

AU MOIS D'AOUT

Colo en israel

OBLIGATOIRE : Prendre en compte que l'équipe commencera le séjour le 1 JOUR AVANT 10H du matin au campus. Nous dormirons sur place et cela nous laissera 24h pour tout mettre en place pour l'organisation du séjour.

PARTIE RESERVEE A L'ISEJ

Affectation au Centre de vacances de

BAFA Complet

Stagiaire BAFA

Non diplômé(e)

Fonction :

Directeur (trice)

Adjoint pédagogique

Econome

Assistant Sanitaire

animateur

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :

DATES ET LIEU DU SEJOUR:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR: ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE VOTRE CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 – VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	no n	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Avez vous un traitement médical pendant le séjour ?

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Avez vous EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

ALLERGIES : ASTHME non MEDICAMENTEUSES non
ALIMENTAIRES non

PRECISEZ LA CAUSE DE L' ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

.....non.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....non.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ

OUI, des lentilles

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

ADRESSE des parents (PENDANT LE SÉJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : , Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

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