



**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de**  
**Maître Nageur Sauveteur**  
**(C.A.E.P. M.N.S.)**

Complétez soigneusement ce dossier - **Date limite de dépôt le 25 juillet 2018**

Renseignements complémentaires au 04 78 83 13 99

Céline Rousty – CTR natation coordinatrice

Ligue Auvergne Rhône-Alpes de Natation – Bat. 5, 24 avenue Joannes Masset 69009 Lyon

<p>Je soussigné (e) :</p> <p>Nom ..... Prénom .....</p> <p>Nom de jeune fille ..... Nationalité .....</p> <p>Date de naissance ..... Lieu de naissance ..... Dpt.....</p> <p>Adresse complète .....</p> <p>Code postal ..... Ville .....</p> <p>Téléphone ..... Portable .....</p> <p>Courriel .....@ .....</p> <p>sollicite mon inscription à la formation du Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maître Nageur Sauveteur, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre de la formation et des épreuves</p> <p><input type="checkbox"/> du 24 au 26 octobre 2018 à CHASSIEU (nombre de places : 25)</p> <p>Fait à ..... Le .....</p>	<p>PHOTO</p> <p>DU</p> <p>CANDIDAT</p>
<p><b>Signature</b></p>	

**PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

- la photocopie soit de la carte nationale d'identité en cours de validité (**recto-verso**), soit du passeport en cours de validité, soit du livret de famille, soit d'un extrait d'acte de naissance
- la photocopie du certificat de compétences «premiers secours en équipe de niveau 1» ou son équivalent et la photocopie de l'attestation de formation continue annuelle
- un certificat médical datant de moins de trois mois (original imprimé ci-joint obligatoire)
- photocopies des diplômes du
  - ◆ BEESAN diplôme n°.....
  - ◆ M.N.S. diplôme n°.....
  - ◆ dernier CAEP MNS délivré le .....
- Pour les financements propres : un chèque de 230,00 euros à l'ordre de la l'ERFAN Auvergne-Rhône-Alpes de Natation
- Pour les financements employeur : compléter, signer, tamponner la convention de formation CAEPMNS en 2 exemplaires par votre employeur. Un exemplaire signé sera retourné à votre employeur. Le règlement s'effectuera sur présentation d'une facture émise par l'ERFAN Auvergne-Rhône-Alpes. Fournir un chèque de caution.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET, NON CONFORME, HORS DÉLAI SERA RETOURNÉ**



## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

M.N.S PROFESSIONNEL Précisez l'employeur

◆ Collectivités

◆ Associations

◆ Autres

M.N.S OCCASIONNEL OU SAISONNIER

◆ Profession principale : .....

◆ Intervention milieu associatif OUI  NON

◆ Saison été OUI  NON

Autre statut professionnel (précisez) :

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

### QUESTIONS PARTICULIÈRES

Avez-vous des attentes particulières quant à ce stage ?

SECOURISME

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

RÉGLEMENTATION

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

SAUVETAGE

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

AUTRES

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

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À L'EXERCICE DE LA  
PROFESSION DE MAÎTRE-NAGEUR-SAUVETEUR**

Je soussigné(e), docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance de la nature des épreuves de la session d'évaluation du certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de maître-nageur-sauveteur, certifie avoir examiné M./Mme ....., candidat(e) à ce certificat, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente à l'exercice de la profession.

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.

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

Fait à....., le .....

(Signature et cachet du médecin)



## CONVENTION DE FORMATION

La présente convention est établie entre :

D'une part, l'**ERFAN Auvergne-Rhône-Alpes**

désigné comme l'organisme de formation :

ERFAN Auvergne-Rhône-Alpes  
Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Natation  
Bat. 5  
24 avenue Joannes Masset  
69009 Lyon

N° d'enregistrement : DIRECCTE 84 69 15017 69

N° SIRET : 828 474 148 00016 – APE : 9312Z

D'autre part, (nom de la structure) .....

(adresse complète).....

représentée par son responsable (nom, prénom).....

est conclue la convention suivante :

### **Article 1 : L'ERFAN Auvergne-Rhône-Alpes**

Organise une formation : CAEPMNS pour le ou les stagiaire(s) suivant(s) : -.....

.....

Cette formation se déroulera du 24 au 26 Octobre 2018 sur une durée de 18 heures.

### **Article 2 :**

En contrepartie de cette action de formation, (nom de la structure).....

s'engage à s'acquitter des frais de formation s'élevant à **230 euros** par stagiaire.

Le règlement s'effectuera sur présentation d'une facture émise par L'ERFAN Auvergne Rhône-Alpes, payable par virement bancaire (RIB joint à la facture).

### **Article 3 :**

La présente convention devra être transmise à l'ERFAN Auvergne Rhône-Alpes (adresse ci-dessus), signée et tamponnée en deux exemplaires, avant le début de la formation. Elle prendra effet à compter de cette date.

Fait à Lyon, le.....

Le Responsable,

**Nom**  
**Tampon**

Le Président de l'ERFAN Auvergne Rhône-Alpes  
et de la Ligue Auvergne Rhône-Alpes de Natation



## C.A.E.P. M.N.S. – TOUSSAINT 2018

Lieu : Centre Nautique CHASSIEU (69)

Responsable et coordonnatrice du stage : Céline ROUSTY – CTS NATATION

Mercredi 24 octobre 2018	Jeudi 25 octobre 2018	Vendredi 26 octobre 2018
8h30-10h30 : OUVERTURE DU STAGE REACTUALISATION CONNAISSANCES SECOURISME <span style="float: right;">(CR - ADC)</span>	8h30-12h30 : PREPA TEST SCENARII ACCIDENTS PISCINE <span style="float: right;">(ADC - VM - CR)</span>	9h00-10h00 : RAPPEL SECOURISME <span style="float: right;">(ADC)</span>
10h30-11h30 : GROUPE 1 : SECOURISME GROUPE 2 : PISCINE 11h30-12h30 : GROUPE 1 : PISCINE GROUPE 2 SECOURISME <span style="float: right;">(CT-ADC - VM - CR)</span>		10h00-12h30 : TEST SECOURISME <span style="float: right;">(ADC - VM - CR)</span>
<b>12h30-14h00 REPAS</b>	<b>12h30-14h00 REPAS</b>	
14h00-15h00 : GROUPE 1 : TEST PISCINE GROUPE 2 : SECOURISME 15H00- 16h00 : GROUPE 1 SECOURISME: GROUPE 2 : TEST PISCINE <span style="float: right;">(ADC - VM - CR)</span>	14h00-17h00 : REGLEMENTATION <span style="float: right;">(AC - CR)</span>	
16h00-17h00 : SECOURISME <span style="float: right;">(ADC - VM - CR)</span>		

SECOURISME : Arnaud DA COSTA – Valérie MONTAGNON – Céline ROUSTY -Caroline TOURNIER Georges Vicente REGLEMENTATION : Anne CHAGNAUD

# RIB ERFAN



## RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, prélèvements, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

ATTENTION : Les domiciliations de prélèvements ne sont pas autorisées sur les comptes d'épargne.

Banque	Indicatif	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30002	01046	0000099103Q	95	CL LYON VAISE (01046)

### IDENTIFICATION INTERNATIONALE

IBAN **FR84 3000 2010 4600 0009 9103 Q95**  
Code B.I.C **CRLYFRPP**

TITULAIRE DU COMPTE : **LIGUE AUVERGNE-RHONE-ALPES DE NATATION ERFAN**