

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR UNE FORMATION CONTINUE

Je soussigné(e),

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM & PRÉNOM _____

PHOTO

À

COLLER

NOM DE JEUNE FILLE

(veuillez renseigner votre nom de jeune fille pour la femme mariée)

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE

NATIONALITÉ

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PORTABLE

TÉLÉPHONE

E-MAIL (OBLIGATOIRE)

(merci de renseigner ce champ lisiblement)

SOLLICITE MON INSCRIPTION POUR LES TESTS EXIGENCES PRÉALABLES (T.E.P.) à l'entrée en formation et des sélections du :

**BREVET PROFESSIONNEL DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT
ACTIVITÉS AQUATIQUES ET DE LA NATATION**

EN DATE DU MERCREDI 19 SEPTEMBRE 2018

Merci de retourner le dossier complet (la formation est limitée aux quarante premiers dossiers complets reçus) à l'adresse suivante :

C.R.F. AQUITAINE DE LA F.N.M.N.S.
« COLLÈGE CHAMBÉRY » - 138 route de Léognan
33140 VILLENAVE D'ORNON

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 15 JOURS AVANT LES TESTS D'ENTRÉE, CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Les pièces administratives

- Le « Dossier d'inscription » ci-joint dûment complétée, accompagné des pièces demandées,
- Les Frais d'inscription de 30€ (*non remboursables*) libellé à l'ordre du C.R.F. Aquitaine de la F.N.M.N.S.,
- La photocopie Recto-Verso de votre CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ, DU PASSEPORT ou du LIVRET DE FAMILLE,
- Le CERTIFICAT MÉDICAL récent (3 mois maximum, à savoir du mois de juillet), complété, daté et signé par le médecin avec le cachet du médecin. MERCI d'utiliser le document ci-joint (cf. page 7),
- 2 photos d'identité (dont 1 collée sur le présent dossier, la deuxième portant votre nom et prénom),
- 1 enveloppes timbrées A4 (sans inscription) au tarif en vigueur,
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile,
- une copie de l'arrêt de recensement et du certificat de participation à l'appel de préparation à la défense,
- une lettre de motivation et un curriculum vitae,

Les diplômes ou attestations – les photocopies sont à fournir en fonction de votre parcours

- La photocopie des diplômes de secourismes (AFPS – AFCPSAM – DSA – PSC1 – PSE1),
- La photocopie de la dernière formation continue des diplômes susvisés,
- La photocopie du diplôme du BNSSA / Attestation de révision,
- L'attestation de réussite à l'examen de préformation – Le livret de formation en cours de validité – tout document mentionnant une validation partielle du diplôme

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE

NOM & PRÉNOM

CADRE RÉSERVE AU C.R.F. AQUITAINE DE LA F.N.M.N.S.

Date du cachet de la poste :

Dossier reçu ou déposé le :

Règlement :

Frais Inscription 30€ Oui Non

Prise en charge Oui Non

Observations :

B.N.S.S.A. Oui Non Révision

P.S.E.1 Oui Non Formation Continue

P.S.E.2 Oui Non Formation Continue

VOTRE RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE

C.P.A.M. PERSONNELLE N°

C.P.A.M. DES PARENTS (AYANT DROIT) N°

SÉCURITÉ SOCIALE ÉTUDIANTE (NOM)

MUTUELLE

VOTRE CURSUS DE FORMATION

SUIVI D'ÉTUDES SCOLAIRES JUSQU'EN CLASSE DE

DIPLÔME SCOLAIRE LE PLUS HAUT OBTENU

ANNÉE OBTENTION

SUIVI D'ÉTUDES UNIVERSITAIRES OUI NON SI OUI, LESQUELLES

DIPLÔME UNIVERSITAIRE LE PLUS HAUT OBTENU

ANNÉE OBTENTION

SUIVI DE FORMATION PROFESSIONNELLES OUI NON SI OUI, LESQUELLES

TITRE PROFESSIONNEL LE PLUS HAUT OBTENU

ANNÉE OBTENTION

AVEZ-VOUS DES DIPLÔMES FÉDÉRAUX ? OUI NON SI OUI, LESQUELLES

(merci de joindre une copie)

AUTRES

(merci de joindre une copie)

VOTRE SITUATION SPORTIVE

ÊTES-VOUS LICENCIÉS ? OUI NON SI OUI, MERCI DE RENSEIGNER LES INFORMATIONS SUIVANTES

NOM DE VOTRE CLUB

ADRESSE DE VOTRE CLUB

E-MAIL DE VOTRE CLUB

VOTRE PRATIQUE DE LA NATATION

FAITES-VOUS DES COMPÉTITIONS ? OUI NON SI OUI,

À QUEL NIVEAU

CONNAISSEZ-VOUS VOTRE NIVEAU DE PERFORMANCE (TEMPS) SUR :

100 MÈTRES NAGE LIBRE OUI NON SI OUI, PRÉCISEZ

VOTRE EXPÉRIENCE DANS L'ANIMATION

POSSÉDEZ-VOUS UNE EXPÉRIENCE DANS L'ANIMATION ? OUI NON SI OUI, MERCI DE PRÉCISER

LIEU

FONCTION

VOTRE SITUATION

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE

C.P.

VILLE

EMAIL

ÊTES-VOUS INSCRIT À POLE EMPLOI OUI NON SI OUI, DEPUIS QUAND

AVEZ-VOUS FAIT UNE DEMANDE D'A.I.F. OUI NON

COÛT DE LA FORMATION B.P.J.E.P.A.A.N.

FINANCEMENT DU B.P. J.E.P.S. A.A.N.	Coût
Sans financement (<i>personnel</i>)	<input type="checkbox"/> 5700€
Avec financement (<i>O.P.C.A., A.I.F.,...</i>)	<input type="checkbox"/> 6300€

QUALIFICATION – DIPLÔME PRÉPARÉ

BREVET PROFESSIONNEL JEUNESSE ÉDUCATION POPULAIRE ET SPORTS ACTIVITÉS AQUATIQUE ET DE LA NATATION

C.R.F. AQUITAINE DE LA F.N.M.N.S.

138 route de Léognan

33140 Villenave d'Ornon

Service Administratif 06.20.26.51.21

06.34.41.29.92

crf.aquitaine.fnmns@gmail.com

www.centreformationaquitaine@gmail.com

QUELQUES DATES IMPORTANTES : *

TESTS D'EXIGENCES PRÉALABLES (T.E.P.) : MERCREDI 19 SEPTEMBRE 2018

TESTS DE SÉLECTION (T.S.) : MERCREDI 19 SEPTEMBRE 2018

POSITIONNEMENT (P.O.) : LUNDI 24 SEPTEMBRE 2018

EXIGENCES PRÉALABLES DE MISE EN SITUATION PÉDAGOGIQUE

(E.P.M.S.P.) : LUNDI 03 DÉCEMBRE 2018

PÉRIODE DE FORMATION : DE SEPTEMBRE 2018 À JUIN 2019

**cf. le ruban pédagogique*

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné _____

souhaitant exercer les fonctions prévues aux articles L.212-1, L.212-2 et L.212-7 du code du sport, déclare remplir les conditions fixées par ces dispositions et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation m'interdisant l'exercice de ces fonctions, en application de l'article L.212-9 du même code.

J'atteste l'exactitude des informations portées dans la présente déclaration.

A _____, le _____

NOM ET SIGNATURE

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, le C.R.F. AQUITAINE DE LA F.N.M.N.S. vous informe que votre identité, vos résultats d'examen, et éventuellement votre photographie pourront être mis en ligne sur le site Internet de la F.N.M.N.S.

Si vous vous opposez à cette mise en ligne, MERCI DE COCHER LA CASE SUIVANTE

Siège Social : C.R.F. Aquitaine de la F.N.M.N.S. Bd. Feydeau 33370 Artigues Prés Bordeaux 06.34.41.29.92 Service Administratif 06.20.26.51.21

Courriel : crf.aquitaine.fnmns@gmail.com Site : www.centreformationaquitaine-fnmns.fr

N° SIRET : 78975780400016 - APE : 9499Z - N° d'habilitation : 17 ALPHABBP 40007

VOTRE DÉCLARATION DU STATUT DE STAGIAIRE DE LA FORMATION CONTINUE

Application de l'article L.212-11 du code du sport, du décret n°93-1035 du 31 août 1993 modifié et de l'arrêté du 27 juin 2005 relatif à la déclaration d'activité prévus aux articles 12 et 13-1 dudit décret.

Toute personne procédant à cette déclaration fera l'objet d'une demande d'extrait de casier judiciaire (bulletin n°2) auprès du service du casier judiciaire national, comme prévu à l'article 2 de l'arrêté du 27 juin 2005, et conformément à l'article 203 de la loi n°2004-204 du 9 mars 2004.

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM & PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

(veuillez renseigner votre nom de jeune fille pour la femme mariée)

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE

NATIONALITÉ

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

PORTABLE

TÉLÉPHONE

E-MAIL (OBLIGATOIRE)

(merci de renseigner ce champ lisiblement)

LIEU DE RÉSIDENCE

EN ZONE DE REVITALISATION RURALE (ZRR)

OUI NON

EN QUARTIER POLITIQUE DE LA VILLE (QPV)

OUI NON

POUR LES PERSONNES NÉES À L'ÉTRANGER

PÈRE

Nom & Prénom

MÈRE

Nom de jeune fille & Prénom

CERTIFICAT MÉDICAL

ANNEXE IV-BIS

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du Brevet Professionnel Jeunesse Éducation Populaire et Sport Activités Aquatiques et de la Natation
(Cf. annexe arrêté du 21 juin 2016)

*

* *

Je soussigné,
docteur en médecine, certifie avoir pris connaissance du contenu des tests ainsi que des activités pratiquées au cours de la formation préparatoire au brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité « activités aquatiques et de la natation » ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné ce jour

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 normale ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

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 (supérieure 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.

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 1/10 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 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.

A, le

CACHET DU MÉDECIN

INFORMATIONS AU MÉDECIN

Activités pratiquées au cours de la formation

Le(la) candidat(e) à la mention « activités aquatiques et de la natation » du brevet professionnel, de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité « éducateur sportif » est amené à :

- encadrer et enseigner des activités aquatiques d'éveil, de découverte, d'apprentissages pluridisciplinaires, d'apprentissage des nages du programme de la Fédération internationale de natation pour tout public ;
- assurer la sécurité des pratiquants, des pratiques, des lieux de pratiques et des baignades.

A ce titre, il doit être en capacité :

- d'intervenir en milieu aquatique en cas d'accident ou d'incident ;
- de rechercher une personne immergée
- d'extraire une personne du milieu aquatique

Tests liés aux exigences préalables à l'entrée en formation

Test lié aux exigences préalables à l'entrée en formation : test de performance sportive : il consiste à parcourir une distance de 800 mètres nage libre en moins de 15 minutes.

Dispositions particulières pour les personnes présentant un handicap

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 PRISE EN CHARGE

Toute rature, surcharge ou omission sur ce document entraînera le retour du dossier et le retard de l'inscription. L'attestation de prise en charge doit être remplie par l'employeur ou la personne le représentant.

NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EMPLOYEUR (en cas de prise en charge)

NUMÉRO DE SIRET CODE APE

ADRESSE DE FACTURATION

CODE POSTAL VILLE

TÉLÉPHONE FAX

E-MAIL (merci de remplir le champ lisiblement)

DOSSIER SUIVI PAR

Le soussigné s'engage à régler la formation au « **C.R.F. AQUITAINE F.N.M.N.S.** » souscrite au bénéfice de :

NOM ET PRÉNOM DU STAGIAIRE

POUR UN MONTANT DE (Merci de cocher votre financement)

FINANCEMENT DU B.P. J.E.P.S. A.A.N.

Coût

Sans financement

5700€

Avec financement

6300€

Le **titre de paiement** doit être libellé à l'ordre du « **C.R.F. AQUITAINE F.N.M.N.S.** ».

La partie ci-dessous ne concerne que les formations prises en charge par un employeur dans le cadre de la formation professionnelle continue.

Si ce dernier a demandé une prise en charge directe du coût de la formation à un organisme financeur (O.P.C.A. ou autre) et obtenu de sa part une confirmation écrite, dûment datée et signée, qu'il joindra alors au présent dossier, il indique ci-dessous les coordonnées de l'organisme. Dans le cas contraire, il est inutile de compléter cette partie.

NOM DE L'ORGANISME FINANCEUR

NUMÉRO DE SIRET

ADRESSE DE FACTURATION DE L'ORGANISME FINANCEUR

TÉLÉPHONE E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR

À l'égard du **C.R.F. AQUITAINE F.N.M.N.S.**, l'employeur reconnaît être débiteur en dernier ressort du coût de l'inscription (qu'il s'engage à régler en signant la présente attestation), dans l'hypothèse où l'organisme financeur n'assurerait pas tout ou partie de son financement, notamment dans le cas d'une assiduité discontinuée ou incomplète du stagiaire. Le paiement de la totalité des droits d'inscription, non encore acquittés six mois après l'action de formation, sera réclamé au réel débiteur.

Le cachet et la signature originaux sont exigés sous peine de nullité de la prise en charge.

A _____, le _____
L'EMPLOYEUR - CACHET ET SIGNATURE

RUBAN PÉDAGOGIQUE BPJEPS AAN EN FORMATION CONTINUE - PÉRIODE 2018 (255,5 heures)

JUILLET		AOÛT		SEPTEMBRE		OCTOBRE		NOVEMBRE		DÉCEMBRE	
01 dim		01 mer		01 sam		01 lun	M1	01 jeu	La Toussaint	01 sam	
02 lun		02 jeu		02 dim		02 mar	M1	02 ven		02 dim	
03 mar		03 ven		03 lun		03 mer	M1	03 sam		03 lun	M2 EPMSP*
				04 mar		04 jeu	M1	04 dim		04 mar	M2
				05 mer		05 ven	M1	05 lun	M1	05 mer	M2
				06 jeu		06 sam		06 mar	M1	06 jeu	
				07 ven		07 dim		07 mer	M1	07 ven	
				08 sam		08 lun	M1	08 jeu		08 sam	
				09 dim		09 mar	M1	09 ven		09 dim	
				10 lun		10 mer	M1	10 sam		10 lun	M2
				11 mar		11 jeu		11 dim	Armistice	11 mar	M2
				12 mer		12 ven		12 lun	M1	12 mer	M2
				13 jeu		13 sam		13 mar	M1	13 jeu	
				14 ven		14 dim		14 mer	M1	14 ven	
			Assomption	15 sam		15 lun	M1	15 jeu		15 sam	
				16 dim		16 mar	M1	16 ven		16 dim	
				17 lun		17 mer	M1	17 sam		17 lun	M2
				18 mar		18 jeu		18 dim		18 mar	M2
				19 mer	TEP BP JEPS & TS	19 ven		19 lun	M1	19 mer	M2
				20 jeu		20 sam		20 mar	M1	20 jeu	
				21 ven		21 dim		21 mer	M1	21 ven	
				22 sam		22 lun	M1	22 jeu		22 sam	
				23 dim		23 mar	M1	23 ven		23 dim	
				24 lun	PO	24 mer	M1	24 sam		24 lun	
				25 mar	M1	25 jeu		25 dim		25 mar	Noël
				26 mer	M1	26 ven		26 lun	M1	26 mer	
				27 ven		27 sam		27 mar	M1	27 jeu	
				28 sam		28 dim		28 mer	M1	28 ven	
				29 dim		29 lun	M1	29 jeu		29 sam	
				30 lun		30 dim		30 ven		30 dim	
				31 mar		31 mer	M1			31 lun	

Légende :

M : Modules de Formation

- M.1 **Module 1** : la connaissance et la sécurité des publics, les conséquences pédagogiques
- M.2 **Module 2** : la connaissance du milieu professionnel et l'enseignement des AAN
- M.3 **Module 3** : l'organisation de la sécurité sur les différents lieux de baignade, l'adaptation du travail à l'environnement

* EPMSP Exigences Préalables à la Mise en Situation Pédagogique (rattrapage le 17/12 si nécessaire)

Périodes en centre de formation

Validation ou rattrapage d'UC

1/2 journée en centre de formation et 3h30 en centre de formation de 8h30 à 12h
 1/2 journée en entreprise

Périodes en entreprise

Jours fériés et périodes de vacances

RUBAN PÉDAGOGIQUE BPJEPS AAN EN FORMATION CONTINUE - PÉRIODE 2019 (346,5 heures)

JANVIER		FÉVRIER		MARS		AVRIL		MAI		JUIN	
01 mar	Jour de l'An	01 ven		01 ven		01 lun	M3	01 mer	Fête de travail	01 sam	
02 mer		02 sam		02 sam		02 mar	M3	02 jeu		02 dim	
03 jeu		03 dim		03 dim		03 mer	M3	03 ven		03 lun	M3
04 ven		04 lun	M2	04 lun	M2	04 jeu		04 sam		04 mar	M3
05 sam		05 mar	M2	05 mar	M2	05 ven		05 dim		05 mer	M3
06 dim		06 mer	M2	06 mer	M2	06 sam		06 lun	M3	06 jeu	
07 lun	M2	07 jeu		07 jeu		07 dim		07 mar	M3	07 ven	
08 mar	M2	08 ven		08 ven		08 lun	M3	08 mer	8-mai-45	08 sam	
09 mer	M2	09 sam		09 sam		09 mar	M3	09 jeu		09 dim	
10 jeu		10 dim		10 dim		10 mer	M3	10 ven		10 lun	L. de Pentecôte
11 ven		11 lun	M2	11 lun	M2	11 jeu		11 sam		11 mar	M3
12 sam		12 mar	M2	12 mar	M2	12 ven		12 dim		12 mer	M3
13 dim		13 mer	M2	13 mer	M2	13 sam		13 lun	M3	13 jeu	M3
14 lun	M2	14 jeu		14 jeu	UC3 initiale	14 dim		14 mar	M3	14 ven	ÉVALUATION FIN-FO**
15 mar	M2	15 ven		15 ven	UC3 initiale	15 lun		15 mer	M3	15 sam	
16 mer	M2	16 sam		16 sam		16 mar		16 jeu	UC3 rattrapage	16 dim	
17 jeu		17 dim		17 dim		17 mer		17 ven	UC3 rattrapage	17 lun	
18 ven		18 lun		18 lun	M2	18 jeu		18 sam		18 mar	
19 sam		19 mar		19 mar	M2	19 ven		19 dim		19 mer	
20 dim		20 mer		20 mer	M2	20 sam		20 lun	M3	20 jeu	
21 lun	M2	21 jeu		21 jeu	UC3 initiale	21 dim		21 mar	UC1/2 initiale*	21 ven	
22 mar	M2	22 ven		22 ven	UC3 initiale	22 lun	L. de pâques	22 mer	M3	22 sam	
23 mer	M2	23 sam		23 sam		23 mar	M3	23 jeu	UC3 rattrapage	23 dim	
24 jeu		24 dim		24 dim		24 mer	UC4 initiale*	24 ven	UC3 rattrapage	24 lun	
25 ven		25 lun	M2	25 lun	M2	25 jeu		25 sam		25 mar	
26 sam		26 mar	M2	26 mar	M2	26 ven		26 dim		26 mer	
27 dim		27 mer	M2	27 mer	M2	27 sam		27 lun	M3	27 jeu	
28 lun	M2	28 jeu		28 jeu	UC3 initiale	28 dim		28 mar	M3	28 ven	
29 mar	M2	29 ven		29 ven	UC3 initiale	29 lun	M3	29 mer	M3	29 sam	
30 mer	M2	30 sam		30 sam		30 mar	M3	30 jeu	J. de l'Ascension	30 dim	
31 jeu		31 dim		31 dim				31 ven			