

LE C.D.F.33 DE LA F.N.M.N.S. vous propose deux versions de sessions de formation au **B.N.S.S.A.** :

SESSION DE FORMATION « NORMALE »			
STAGE	DESCRIPTION	COÛT sans prise en charge	COÛT avec prise en charge
A	B.N.S.S.A. + P.S.E. 1	680€	720€
B	B.N.S.S.A. + P.S.E. 2	680€	720€
C	B.N.S.S.A.	480€	520€
D	B.N.S.S.A. + PSE 1 + PSE 2	850€	890€
SESSION DE FORMATION « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »			
E	B.N.S.S.A. « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	280€	320€
F	B.N.S.S.A. + P.S.E. 1 « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	480€	520€
G	B.N.S.S.A. + P.S.E. 2 « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	480€	520€
H	B.N.S.S.A. + P.S.E. 1 + P.S.E. 2 « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	680€	720€
SESSION DE FORMATION POUR TOUS			
Z	Révision du B.N.S.S.A. « NORMAL » OU « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	100€	140€

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Le « **BULLETIN D'INSCRIPTION** » dûment complété, daté et signé (*cf. page 2*),
 - Le « **REGLEMENT INTERIEUR** », (*cf. page 5*)
 - Le **chèque à l'ordre de l'U.S.G.R.D.**,
 - La **photocopie** Recto-Verso de votre **CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ**,
 - Le **CERTIFICAT MEDICAL** récent (*3 mois maximum*), complété, daté et signé par le médecin avec le cachet du médecin. **MERCI** d'utiliser le document ci-joint (*cf. page 4*),
 - **1 enveloppe A4 timbrée au tarif en vigueur, sans mention dessus**
 - Votre **attestation P.S.E. 1** en cours de validité, le cas échéant
 - Votre **attestation P.S.E. 2** en cours de validité, le cas échéant
- Si la formation n'est pas terminée lors de votre inscription, l'attestation devra être fournie dès la fin de cette dernière, et dans tous les cas avant l'examen du B.N.S.S.A., sinon le candidat ne pourra pas passer l'examen.*

Pour les **REVISIONNISTES** :

- Votre **ATTESTATION DE FORMATION CONTINUE P.S.E.1 EN COURS DE VALIDITE**,
- Votre **PHOTOCOPIE DU B.N.S.S.A.**,

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : **10 JOURS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION**, avec un nombre maximum de 16 stagiaires.
Toutefois, l'U.S.G.R.D. se réserve le droit d'annuler la session de formation si le nombre minimum de 6 stagiaires n'était pas atteint.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter :

Monsieur Freddy SALLAN au **06.16.11.75.93**
Ou **Nathalie** au **06.20.26.51.21**

Si une session de formation vous intéresse
MERCI de remplir le dossier d'inscription ci-dessous au plus vite, et de le renvoyer l'adresse ci-contre.

C.D.F.33 / U.S.G.R.D.

138 route de Léognan
33140 Villenave d'Ornon
Tél. 06 20 26 51 21

e-mail : usgrd.asso@gmail.com

www.centreformationaquitaine-fnmns.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION – B.N.S.S.A.

VOTRE ÉTAT CIVIL

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM & PRENOM

Nom de jeune fille

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

PROFESSION

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

NATIONALITE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE

E-MAIL

(merci de remplir le champs lisiblement)

PHOTO

A

COLLER

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Je **sollicite mon inscription**, sur la liste des candidats au :

BREVET NATIONAL DE SECURITE ET DE SAUVETAGE AQUATIQUE

CHOIX DE LA FORMATION : *Merci de cocher le stage désiré*

SESSION DE FORMATION « NORMALE »			
STAGE	DESCRIPTION	COÛT sans prise en charge	COUT avec prise en charge
A	B.N.S.S.A. + P.S.E. 1	<input type="checkbox"/> 680€	<input type="checkbox"/> 720€
B	B.N.S.S.A. + P.S.E. 2	<input type="checkbox"/> 680€	<input type="checkbox"/> 720€
C	B.N.S.S.A.	<input type="checkbox"/> 480€	<input type="checkbox"/> 520€
D	B.N.S.S.A. + PSE 1 +PSE 2	<input type="checkbox"/> 850€	<input type="checkbox"/> 890€
SESSION DE FORMATION « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »			
E	B.N.S.S.A. « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	<input type="checkbox"/> 280€	<input type="checkbox"/> 320€
F	B.N.S.S.A. + P.S.E. 1 « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	<input type="checkbox"/> 480€	<input type="checkbox"/> 520€
G	B.N.S.S.A. + P.S.E. 2 « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	<input type="checkbox"/> 480€	<input type="checkbox"/> 520€
H	B.N.S.S.A. + P.S.E. 1 + P.S.E. 2 « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	<input type="checkbox"/> 680€	<input type="checkbox"/> 720€
SESSION DE FORMATION POUR TOUS			
Z	Révision du B.N.S.S.A. « NORMAL » OU « NAGEURS LICENCIES F.F.N. »	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="checkbox"/> 140€

BULLETIN D'INSCRIPTION – B.N.S.S.A.

VOTRE SITUATION

NOM DE L'EMPLOYEUR

Adresse

Code postal

Ville

INSCRIT A POLE EMPLOI

Préciser

VOTRE CURSUS DE FORMATION

Diplôme scolaire et universitaire

Diplômes et brevets sportifs détenus

Numéro, Date et Lieu d'obtention du

B.N.S., A.F.P.S., ou P.S.C.1

Numéro, Date et Lieu d'obtention de la mention réanimation du

C.F.A.P.S.E., ou P.S.E.1 ou P.S.E.2

Numéro, Date et Lieu d'obtention d'autres mentions

Associations ou organismes ayant préparé le candidat

Observations diverses

VOTRE MODE DE REGLEMENT

- Chèque Bon de commande, (à l'ordre de l'U.S.G.R.D.).
 Financement **MERCI** de compléter le document en page 9

RESERVE AU C.D.F.33 DE LA F.N.M.N.S.- U.S.G.R.D.

Dossier reçu le :

Nom de la Banque

N°

Bon de commande N°

Autre Réf.

A _____
le _____

NOM ET SIGNATURE

CERTIFICAT MEDICAL

ANNEXE III-9 (Article A. 322-10 du code du sport)

Rappel de la réglementation :

Un certificat médical établi moins de trois mois avant la date de dépôt de dossier est exigé pour toute personne titulaire d'un brevet national de sécurité et sauvetage aquatique.

*

**

Je soussigné, _____

docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M _____

Et avoir constaté qu'_____ ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage ainsi qu'à la surveillance des usagers des établissements de baignade d'accès payant.

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, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous.

A _____, le _____

Signature et Cachet

SANS CORRECTION :

Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil, mesurées séparément.
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 au moins à 8/10.

REGLEMENT INTERIEUR

À observer lors des formations B.N.S.S.A. et S.S.A et leurs formations continues

Article 1

Toute personne suivant une formation au sein de l'association **C.D.F.33 de la F.N.M.N.S. - U.S.G.R.D.** est couverte par une assurance pour l'activité nommée pendant les heures de formation.

Article 2

Le candidat inscrit à l'une de nos formations est garanti contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir à raison des dommages corporels, matériels immatériels causés aux tiers et survenus pendant les activités garanties. La couverture d'assurance obligatoire qu'à souscrite le centre de formation de la F.N.M.N.S. permet principalement de vous prévenir contre un risque engageant un tiers. Nous vous conseillons de vérifier les dispositions de votre contrat d'assurance en responsabilité civile.

Article 3

Toute personne suivant une formation doit fournir un dossier d'inscription complet. Ce dossier est à envoyer au **C.D.F.33 de la F.N.M.N.S. - U.S.G.R.D** 138 route de Léognan 33140 Villenave d'Ornon.

Article 4

Toute personne en formation se doit de respecter le matériel qui est mis à sa disposition pendant la durée de la formation.

Article 5

Toute personne en formation se doit de garder une attitude digne et responsable, compatible avec l'esprit du sauvetage et du secourisme. Elle s'engage à suivre régulièrement la formation qu'elle a entreprise et respecter les formateurs.

Article 6

Toutes convocations, renseignements, informations, et conseils seront transmis par mail (*site de l'U.S.G.R.D. ou par mail*). Le candidat s'engage à répondre à toute convocation et demande de renseignements faites par courriel ou par téléphone.

L'association du **C.D.F.33 de la F.N.M.N.S. - U.S.G.R.D** s'engage à donner un mémento de révision en version papier ou informatique en fonction de la formation suivie P.S.C.1, S.S.T., P.S.E.1 ou P.S.E.2 effectuée sauf pour les maintiens et vérifications des acquis (*formations continues / recyclages*).

Article 7

Toute formation commencée est due sauf empêchement majeur apprécié par le bureau directeur du **C.D.F.33 de la F.N.M.N.S. - U.S.G.R.D** Si le candidat tombe malade (*sur justification d'un certificat médical*) pendant la ou les formations, une autre date de formation lui sera proposée dans les 12 mois qui suivent son inscription. En aucun cas la formation lui sera remboursée.

NOM & PRENOM

REGLEMENT INTERIEUR

Article 8

Une somme sera gardée en cas de désistement dans les 10 jours qui précèdent une formation

- * 30 euros pour le P.S.C. 1 et une formation continue (*recyclage*) P.S.E. 1 ou/ & 2,
- * 50 euros pour une formation initiale P.S.E. 1 ou 2,
- * 10 euros pour la révision du P.S.C.1.

Une **somme de 15 euros** sera demandée pour tout duplicata de « diplôme » délivré par la F.N.M.N.S.

Article 9

La somme totale de la formation sera gardée et encaissée (*aucun remboursement ne sera effectué*) en cas de désistement la veille de la formation ou de l'absence du candidat le jour même de la formation.

Article 10

Le candidat débiteur :

- ❖ ne sera en aucun cas présenté à un jury d'examen,
- ❖ ne se verra délivrer aucun diplôme ou attestation,
- ❖ ne pourra suivre la formation.

Article 11

Le candidat cède son droit à l'image pour reproduire et diffuser auprès du public les enregistrements (*sans limitation de nombre*) en intégralité ou en partie sur tous les supports connus ou inconnus à ce jour et en tous formats, et ce à titre gracieux, et ce pour 15 années.

Ces reproductions auront pour objet l'illustration des activités de l'association du **C.D.F.33 de la F.N.M.N.S. - U.S.G.R.D**

Article 12

En cas de non-respect de l'un des articles du présent règlement, le bureau directeur du **C.D.F.33 de la F.N.M.N.S. - U.S.G.R.D** se réserve le droit de prononcer l'exclusion de tout candidat en début ou en cours de formation sans aucun remboursement.

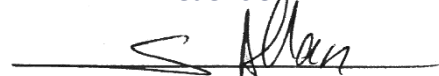
Le Stagiaire

NOM & PRENOM ET SIGNATURE

PRECEDE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »

Le Président

M. Frederic SALLAN



BULLETIN D'INSCRIPTION – P.S.E.1

VOTRE ÉTAT CIVIL

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM & PRENOM

Nom de jeune fille _____

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

PROFESSION _____

DATE DE NAISSANCE _____

LIEU DE NAISSANCE _____

NATIONALITE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE _____

E-MAIL _____

(merci de remplir le champs lisiblement)

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Je sollicite mon inscription, sur la liste des candidats au :

P.S.E.1

PREMIERS SECOURS EN EQUIPE NIVEAU 1

BULLETIN D'INSCRIPTION – P.S.E.2

VOTRE ÉTAT CIVIL

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM & PRENOM

Nom de jeune fille

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

PROFESSION

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

NATIONALITE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE

E-MAIL

(merci de remplir le champs lisiblement)

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Je sollicite mon inscription, sur la liste des candidats au :

P.S.E.2

PREMIERS SECOURS EN EQUIPE NIVEAU 2

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)

NUMERO DE SIRET

CODE APE

ADRESSE DE FACTURATION

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE

FAX

E-MAIL

(merci de remplir le champ lisiblement)

DOSSIER SUIVI PAR

Le soussigné s'engage à régler la formation au « **C.D.F. 33 DE LA F.N.M.N.S.-U.S.G.R.D.** » souscrite au bénéfice de :

NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE

POUR UN MONTANT DE

Le **titre de paiement** doit être libellé à l'ordre du « **C.D.F. 33 DE LA F.N.M.N.S.-U.S.G.R.D.** ».

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

NUMERO DE SIRET

ADRESSE

DE

FACTURATION

DE

L'ORGANISME

FINANCEUR

TELEPHONE

E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR

À l'égard du **C.D.F. 33 DE LA F.N.M.N.S.-U.S.G.R.D.**, 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.

A _____, le _____

L'EMPLOYEUR - CACHET ET SIGNATURE

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