

Dossier d'inscription

PHOTO

À

COLLER

page | 1

Je soussigné(e)

Civilité

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom & Prénom

Nom de jeune fille

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

Date & Lieu de naissance

Adresse

C.P.

Ville

Portable (obligatoire)

E-mail (consulté)

SOLLICITE MON INSCRIPTION pour la formation sur 3 jours (*maximum*), à la révision quinquennale du :

CERTIFICAT D'APTITUDE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MAITRE NAGEUR SAUVETEUR
(C.A.E.P.M.N.S.)

Session choisie :

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

Règlement :

Frais Inscription 15€ Oui Non

Prise en charge Oui Non

Observations :

C.M. Oui Non

C.I./P Oui Non

Diplôme de MNS Oui Non n°

Révision

P.S.E.1 Oui Non n°

Formation Continue

P.S.E.2 Oui Non n°

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

page | 2

DROIT À L'IMAGE

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, le C.T.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 notre site et le site internet de la F.N.M.N.S.

Si vous vous opposez à cette mise en ligne, merci de cochez la case suivante

VOTRE SITUATION

EN ACTIVITÉ

Fonction

Type de contrat

Type de statut

Exercez-vous en tant qu'éducateur sportif (M.N.S.) ?

Si "Oui", depuis combien d'années travaillez-vous en tant que professionnel(le) diplômé(e) d'Etat ?

INSCRIT A POLE EMPLOI

N° Allocataire

AUTRES

Merci de préciser

VOTRE ÊTES TITULAIRE DU (ES) DIPLÔME(S)

Merci de joindre une copie de votre diplôme obligatoirement

| | NUMÉRO DU DIPLÔME | DÉLIVRÉ LE | PAR |
|---------------------------|-------------------|------------|-----|
| M.N.S. | | | |
| B.E.E.S.A.N. | | | |
| B.P. J.E.P.S. A.A. | | | |
| B.P. J.E.P.S. A.A.N. | | | |
| P.S.C. 1 | | | |
| P.S.E.1 | | | |
| Formateur de formateur | | | |
| Autre (Merci de préciser) | | | |

DANS QUELLES ACTIVITÉS EXERCEZ-VOUS ?

| | RÉGULIÈREMENT | OCCASIONNELLEMENT | JAMAIS |
|---------------------------|---------------|-------------------|--------|
| Travail en structure | | | |
| Surveillance | | | |
| Hygiène et sécurité | | | |
| Réunion d'équipe | | | |
| Secourisme | | | |
| Autre (Merci de préciser) | | | |

POUR QUEL(S) PUBLIC(S) TRAVAILLEZ-VOUS ?

| ENSEIGNEMENT - ANIMATION | RÉGULIÈREMENT | OCCASIONNELLEMENT | JAMAIS |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------|
| Public | | | |
| | Scolaire | | |
| | 0-3 ans | | |
| | 3-6 ans | | |
| | 6-8 ans | | |
| | 8-10 ans | | |
| | 10-12 ans | | |
| | Adolescents | | |
| | Adultes | | |
| | Séniors | | |
| | En situation de handicap | | |
| École de natation | | | |
| Club de natation | | | |
| Gymnastique aquatique | | | |
| Autre (Merci de préciser) | | | |

SESSION DE FORMATION DÉSIRÉE - Merci de cocher la session

| NUMÉROS DES SESSIONS | DATES | LIEU |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Département de la Gironde | | |
| <input type="checkbox"/> Session 01 | 15,16 et 17 Juin 2020 | 33160 ST MÉDARD EN JALLES |
| <input type="checkbox"/> Session 02 | 19,20 et 21 Octobre 2020 | 33140 VILLENAVE D'ORNON |
| <input type="checkbox"/> Session 03 | 21,22 et 23 Décembre 2020 | 33140 VILLENAVE D'ORNON |
| Département de Landes | | |
| <input type="checkbox"/> Session 01 | 22,23 et 24 Juin 2020 | 40600 BISCARROSSE |

FINANCEMENT DE LA FORMATION

15€ de frais de traitement de dossier NON REMBOURSABLE

- A + 130€ (sans prise en charge par un O.P.C.O.)
- B + 200€ (avec prise en charge par un O.P.C.O.)
- C + 110€ (sans prise en charge par un O.P.C.O.) avec votre carte d'adhérent F.N.M.N.S. en cours de validité
- D + 180€ (avec prise en charge par un O.P.C.O.) avec votre carte d'adhérent F.N.M.N.S. en cours de validité

QUALIFICATION – DIPLÔME PRÉPARÉ

CERTIFICAT D'APTITUDE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MAÎTRE NAGEUR SAUVETEUR
(C.A.E.P.M.N.S.)

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.

Fait à _____, le _____
Signature

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)

page | 4

*

* *

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.

Fait à _____, le _____
Cachet du Médecin

Votre déclaration du Statut de stagiaire

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.

page | 5

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.

Civilité Monsieur Madame Mademoiselle

Nom & Prénom

Nom de jeune fille

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

Date & Lieu de naissance

Département de naissance

Adresse

C.P.

Ville

Portable (obligatoire)

E-mail (consulté)

Pour les personnes nées à l'étranger

Nom et prénom du Père

Nom et prénom de la Mère

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.

page | 6

L'EMPLOYEUR

Nom ou Raison Sociale

Numéro de SIRET

Code APE

Adresse de facturation

C.P.

Ville

Téléphone

E-mail

Suivi par

Le soussigné s'engage à régler la formation au « C.T.F. AQUITAINE F.N.M.N.S. » souscrite au bénéfice de :

NOM ET PRÉNOM DU STAGIAIRE

Pour la session de formation n°

Pour un montant de

15€ de frais de dossier non remboursable

+ La session de révision de la C.A.E.P.M.N.S.

Le **titre de paiement** doit être libellé à l'ordre du « C.T.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.O. 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.

L'ORGANISME FINANCEUR

NOM DE L'ORGANISME FINANCEUR

Numéro de SIRET

Code APE

Adresse de facturation

C.P.

Ville

Téléphone

E-mail

E-mail

À l'égard du C.T.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.

Fait à _____, le _____

L'EMPLOYEUR – CACHET ET SIGNATURE

Pièces à joindre **obligatoirement** (partie à **conserver**)

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Les pièces administratives

- Le « dossier d'inscription ci-joint » dûment complété,
- La photocopie lisible Recto-Verso de votre CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ, OU DU PASSEPORT,
- Le CERTIFICAT MÉDICAL 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 8),
- 2 photos d'identité (dont 1 collée sur le présent dossier, la deuxième portant votre nom et prénom),
- 1 enveloppe timbrée format A4 au tarif en vigueur en lettre suivie (sticker à coller sur l'enveloppe), afin de vous envoyer votre attestation de C.A.E.P.M.N.S. sinon cette dernière sera à retirer dans nos locaux.
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile,
- Votre carte adhérent F.N.M.N.S. en cours de validité, si nécessaire
- Le règlement en deux chèques (à savoir un chèque de 15€ pour les frais de traitement de dossier de dossier non remboursable en cas de désistement, et un chèque du montant de la formation),

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

- La photocopie des diplômes donnant le titre de Maitre-Nageur Sauveteur,
- La photocopie du dernier Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maitre-Nageur Sauveteur,
- La photocopie du diplôme Initiale du P.S.E.1 (obligatoire) et P.S.E. 2 (si titulaire),
- L'attestation de formation continue annuelle en secourisme 2019, (tamponnée et signée par l'organisme de formation).

Les sessions de formation étant limitées à 25 participants, nous demandons aux candidats de bien vouloir nous retourner le présent dossier d'inscription dûment complété et accompagné de tous les documents demandés, à l'adresse suivante :

EN CETTE PÉRIODE DE CONFINEMENT
MERCİ DE FAIRE PARVENIR VOTRE DOSSIER CHEZ
MME NATHALIE MAYEUR
8 rue des chevreuils - 33370 Artigues près Bordeaux

DATE LIMITE D'INSCRIPTION :

10 JOURS AVANT LES TESTS D'ENTRÉE,

CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES

ATTENTION :

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE

Les Annexes (partie à conserver)

Informations au médecin

page | 8

ACTIVITÉS PRATIQUÉES AU COURS DE LA FORMATION

Le candidat au Certificat d'aptitude à l'Enseignement et à la Profession de Maître-Nageur Sauveteur est amené à suivre une formation sur la réglementation, l'animation et le secourisme. Il doit être capable assurer la sécurité des pratiquants, des pratiques, des lieux de pratiques et des baignades.

À 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 À LA VALIDATION DES APTITUDES

(ARRÊTÉ DU 23/10/2015 RELATIF AU C.A.E.P.M.N.S. SUSCEPTIBLE D'ÊTRE MODIFIÉ EN 2019)

- 1) Une épreuve de nage libre avec palmes effectuée en continu, sur une distance de 250 mètres ;
- 2) Un parcours se décomposant comme suit :

a) Départ du bord du bassin ou d'un plot de départ,

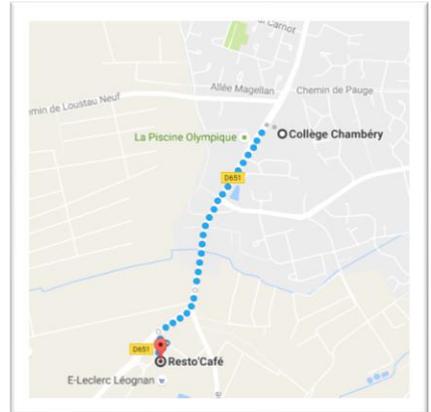
b) Plongée dite « en canard » suivie de la récupération d'un mannequin de modèle réglementaire, soit un mannequin d'un poids de 1,5 kg à une profondeur d'un mètre. Le mannequin repose à une profondeur de 2,30 m (plus ou moins 0,5 m). Sa position d'attente au fond du bassin est indifférente. Le candidat est autorisé à prendre appui au fond, lorsqu'il se saisit du mannequin. Il le remonte ensuite à la surface, avant de le lâcher puis de se diriger vers une personne située à 15 mètres au moins et 25 mètres au plus du bord qui simule une situation de détresse. Saisi de face par la victime, le candidat se dégage puis la transporte vers le bord tout en s'assurant de son état de conscience,

c) Le candidat assure la sortie de l'eau, de la victime. Après l'avoir sécurisée, il procède à la vérification de ses fonctions vitales puis explique succinctement sa démarche aux évaluateurs mentionnés à l'article 8 du présent arrêté. Pour l'ensemble des épreuves prévues au 1o et au 2o du présent article, le candidat est revêtu d'un short et d'un tee-shirt. Le port d'une combinaison, de lunettes de piscine, de masque, de pince-nez ou de tout autre matériel n'est pas autorisé.

Informations Restauration sur Villenave d'Ornon

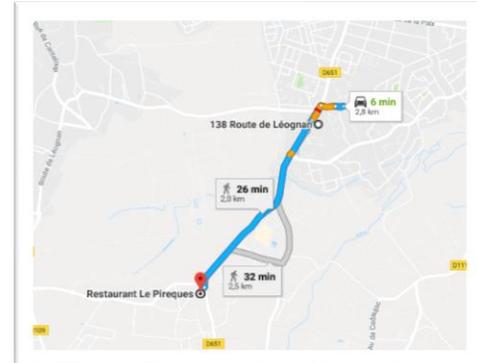
Attention : Aucune réservation sera faite par le C.T.F. Aquitaine

Restauration du Midi pour les formations sur Villenave d'Ornon



Type de restauration Brasserie Resto' Café
Adresse 100 Avenue de Bordeaux
 33850 Léognan
Téléphone [05 56 64 52 52](tel:0556645252)
Prix **13,50€** - Entrée + Plat ou Plat + Dessert, et Café (à régler sur place) Tarif en vigueur jusqu'au 01/02/2020

Restauration du Midi pour les formations sur Villenave d'Ornon



Type de restauration Restaurant Le Pireques
Adresse 11 rue de Pireque
 33850 Léognan
Téléphone [05 56 64 09 44](tel:0556640944)
Prix **15,00€** - Entrée + Plat + Dessert, avec buffet entrée et de dessert à volonté + 1€ Café (à régler sur place) **TARIF UNIQUE**



Type de restauration Restaurant Le Renitas
Adresse 45 route de Léognan 33140 Villenave d'Ornon
Téléphone 05 56 87 06 60
Prix Menu du midi 12€ et 14€

Nos Salades

Salade d'Amélie 11.50€
 Salade verte, tomate, œuf, 1 toast de chèvre au miel, 2 panés de poulet

Salade de chèvre chaud 12.00€
 Salade verte, tomate, œuf, 2 toasts de chèvre au miel, chiffonnade Serrano, noix

Salade façon Caesars 11.00€
 Salade verte, tomate, œuf, croûtons, parmesan, poulet pané

Nos Plats

Frites du Reintars 12.50€
 Salade verte, jambon Serrano, Lomo grillé, poivrons grillés, fromage de brebis, frites

Confit de canard 13.00€
 Frites, salade

Emmental saisi 12.00€
 Jambon Serrano, frites, salade

Burger du moment 11.00€
 Frites, salade

Coque monsieur 7.50€
 Frites, salade

Plat du jour ou Pièce du boucher 9.80€

Menu du Jour à 12€

ENTRÉE, PLAT OU PLAT, DESSERT
 AVEC 1/4 DE VIN ET CAFÉ COMPRIS

Accompagnements :
 Frites, salade, haricots verts, pâtes
 Sauces : roquefort, poivre, échalotes

Suggestion du jour voir ARDOISE

Menu du Jour à 14€

ENTRÉE, PLAT, DESSERT
 AVEC 1/4 DE VIN ET CAFÉ COMPRIS

Accompagnements :
 Frites, salade, haricots verts, pâtes
 Sauces : roquefort, poivre, échalotes

Suggestion du jour voir ARDOISE

Informations Hébergement sur Villenave d'Ornon

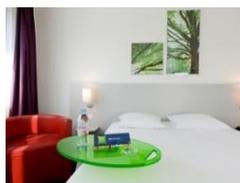
De plus, vous pouvez trouver les hébergements suivants afin de réserver vos nuitées :

Hébergement



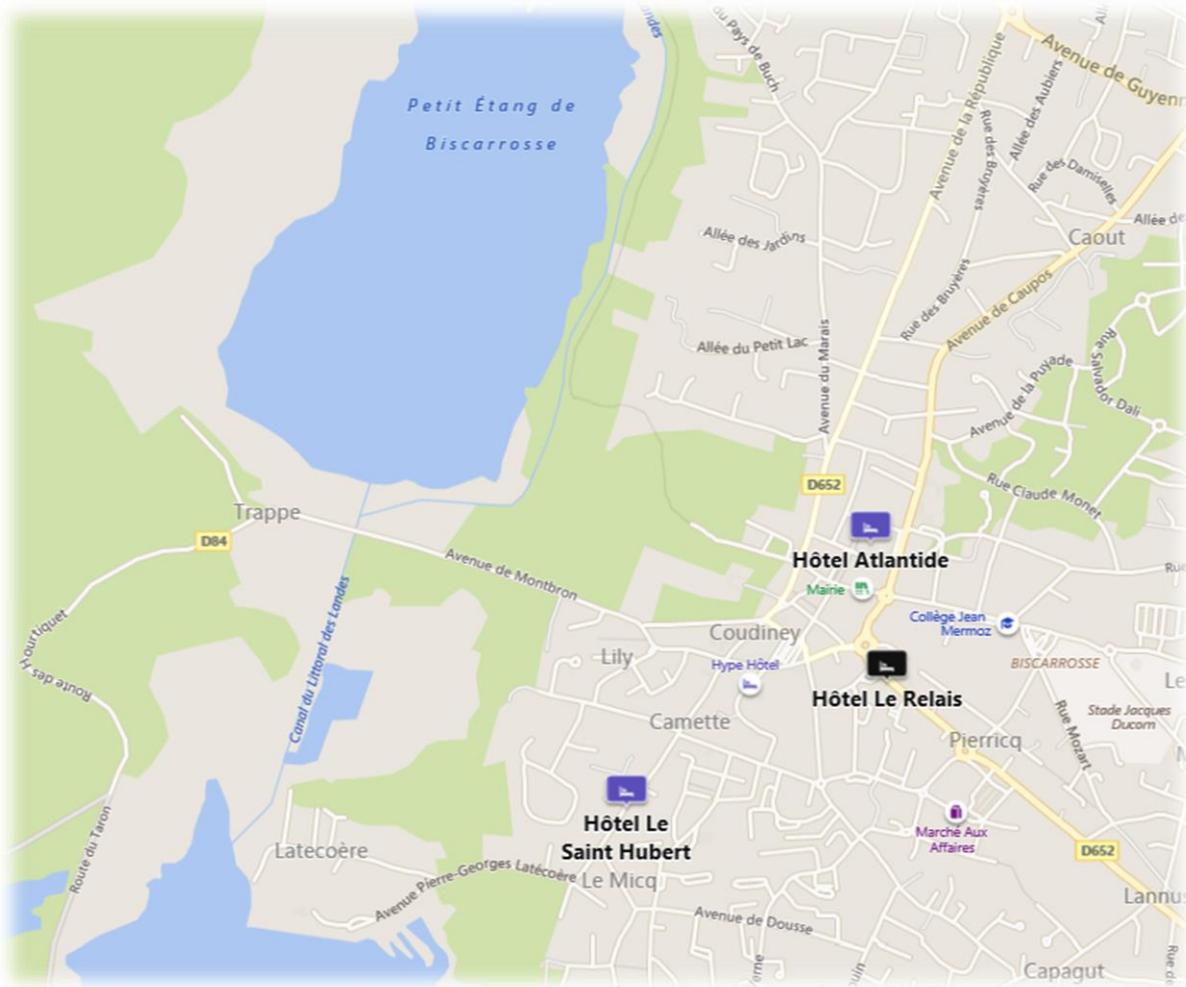
page | 10

| | | |
|--------------------|---|----|
| Type d'hébergement | Hôtel IBIS Budget Bordeaux Sud | ★★ |
| Prix | à partir de 49€ | |
| Adresse | Centre d'Ornon, Chemin de Sarcignan 33140 Villenave d'Ornon | |
| Téléphone | 0892 70 75 14 | |
| Site | http://www.ibis.com/fr/hotel-6675-ibis-budget-bordeaux-sud-villenave-d-ornon/index.shtml | |



| | | |
|--------------------|---|-----|
| Type d'hébergement | Hôtel IBIS Styles Bordeaux Sud Villenave d'Ornon | ★★★ |
| Prix | à partir de 53€ | |
| Adresse | 10 avenue du Maréchal Leclerc 33140 Villenave d'Ornon | |
| Téléphone | 0892 70 75 14 | |
| Site | http://www.ibis.com/fr/hotel-1996-ibis-styles-bordeaux-sud-villenave-d-ornon/index.shtml | |

Informations Hébergement sur Biscarrosse (au bourg)





HOTEL**
ATLANTIDE



page | 12

Type d'hébergement

Hôtel Atlantide



10 minutes à pied

Prix

à partir de 53€

Adresse

Place Marsan 40600 Biscarrosse

Tél. +33(0)5.58.78.08.86

Fax. +33(0)5.58.78.75.98

Contact

Email. atlantide@hotelatlantide.fr

Site

<http://www.hotelatlantide.fr/fr/index.php>



Hôtel Le Relais
à proximité de Biscarrosse Plage



11 minutes à pied

Type d'hébergement

Hôtel Le Relais dans les Landes



Prix

à partir de 53€

Adresse

216 avenue Maréchal Lyautey 40600 Biscarrosse

05 58 8 10 46

Contact

hotellerierelais@wanadoo.fr

Site

<http://www.hotel-le-relais.com/>



Saint Hubert
Hotel **



Type d'hébergement

Hôtel « Saint Hubert »



4 minutes en voiture

Prix

N.C.

Adresse

588, avenue Pierre-Georges Latécoère 40600 Biscarrosse

05 58 78 09 99

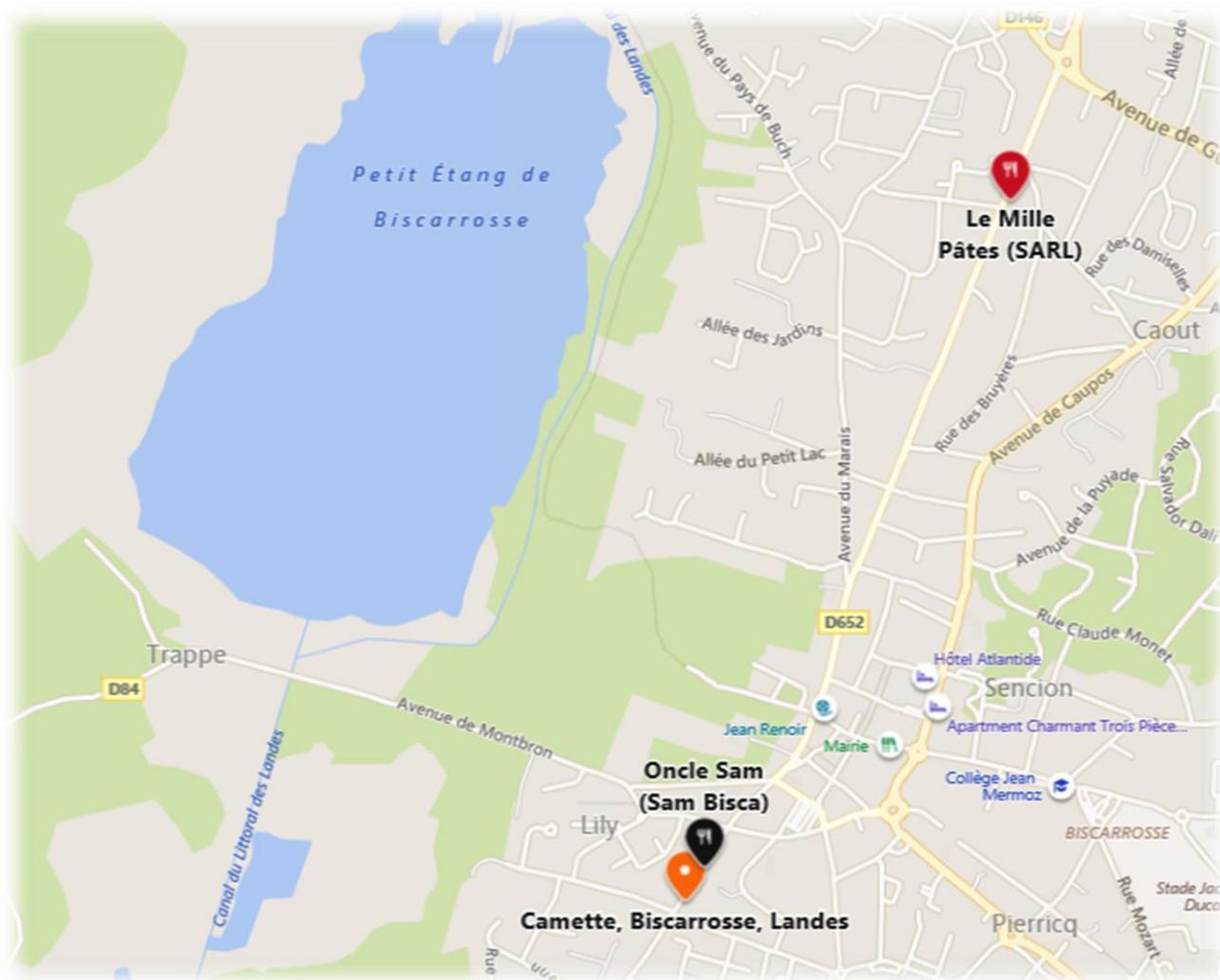
Contact

contact@hotelsainthubert.net

Site

<http://www.hotelsainthubert.net/>

Informations Restauration sur Biscarosse (au bourg)





Type de restauration

Prix

Adresse

Contact

Site

Le Mille Pâtes

à moins de 14€ avec le menu du jour

898, avenue de la République 40600 Biscarrosse

Tél. +33(0)5.58.78.12.00

www.lemillepates.eu



Type d'hébergement

Prix

Adresse

Contact

Site

Camette

à moins de 14€ avec le menu du jour

532 avenue Pierre-Georges Latécoère 40600 Biscarrosse

05 58 78 12 78

www.biscarrosse.com



Type d'hébergement

Prix

Adresse

Contact

Site

L'Oncle Sam

à moins de 14€ avec le menu du jour

236, avenue Pierre-Georges Latécoère 40600 Biscarrosse

05 58 78 80 80

<http://www.hotelsainthubert.net/>



Type d'hébergement

Prix

Adresse

Contact

Le Bistrot de l'aérodrome

12€ avec le menu du jour

2100 Route de Parentis, 40600 Biscarrosse

05 58 04 87 37