



DOSSIER D'INSCRIPTION CAEP MNS

Cochez la date choisie :

- ☐ 04 au 06 mai 2026 à COMPIEGNE (60)
☐ 05 au 07 octobre 2026 à ROYE (80)
☐ 02 au 04 novembre 2026 à BEAUVAIS (60)

NOM

PRÉNOM

NOM DE
NAISSANCE

NATIONALITÉ

DATE, LIEU ET
DÉPARTEMENT DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE
POSTAL

ADRESSE (suite)

VILLE

MAIL

N° TEL

DIPLÔME CONFÉRANT LE TITRE DE MAÎTRE-NAGEUR-SAUVETEUR :
NUMÉRO, et DATE D'OBTENTION :

DERNIER CAEP MNS (date et lieu d'obtention) :

PROFESSION :

LIEU D'EXERCICE :

Association FORME

54 Avenue de Flandre - 60190 ESTREES ST DENIS Tel : 09.51.73.75.55.
Mail : secretariat.forme@gmail.com - Site : <http://associationforme-bpjeps-oise.fr/> N°
de déclaration 22600159760 – Code APE 8559A – N° SIRET 423 016 666 000 12



PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- ☐ Une demande d'inscription établie sur papier libre
- ☐ Une photocopie d'une pièce d'identité recto-verso
- ☐ Une photocopie du diplôme conférant le titre de maître- nageur-sauveteur ;
 - Le cas échéant, une photocopie du dernier CAEP
- ☐ Une photocopie de l'attestation de formation continue annuelle du PSE1 ou PSE2 en cours de validité ;
- ☐ Un certificat médical de non contre-indication à l'exercice de la profession de maître-nageur-sauveteur de moins de trois mois par rapport au début de la session établi conformément au modèle figurant page 3 ;
- ☐ Le cas échéant l'engagement de l'organisme payeur ;

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- ☐ Employeur public
- ☐ Employeur privé

Pour une prise en charge employeur Dénomination / raison sociale : Adresse postale:

Contact : tel:

Mail:

- ☐ CPF (dossier à réaliser au plus tard 11 jours ouvrables avant le début de formation)
- ☐ Personnel

Association FORME

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 mesuré 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)



FORME

organisme de formation & CFA
sport animation secourisme



Questionnaire Préformation

Vous avez choisi de participer à une formation, conçue et organisée par l'association FORME.

Afin de mieux vous connaître et pour que ce stage réponde pleinement à vos attentes, nous vous demandons de bien vouloir remplir et nous renvoyer ce questionnaire, en même temps que votre dossier d'inscription.

Dans l'attente du plaisir de vous accueillir, nous vous adressons nos plus cordiales salutations.

- 1) Exercez-vous en tant que MNS ?

- 2) Quelle fonction exercez-vous dans votre établissement ?

- 4) Combien de CAEP-MNS avez-vous déjà effectué ?

- 5) Quelles sont vos préoccupations professionnelles?

- 6) Quel(s) sujet(s) aimeriez-vous aborder au cours de votre CAEP-MNS ?