



Certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de
maître-nageur sauveteur

Dossier d'inscription

A retourner à l'adresse suivante :



« Association FORME »
54 Avenue de Flandre
60190 Estrées-Saint-Denis

Association FORME

54 Avenue de Flandres - 60190 ESTREES-SAINT-DENIS

Tel : 09.51.73.75.55

Mail : associationforme@gmail.com - Site : [http://](http://associationforme-bpjeps-oise.fr/) [https://](https://associationforme-bpjeps-oise.fr/)

N° de déclaration 22600159760 – Code APE 8559A – N° SIRET 423 016 666 000 12

Date limite de dépôt de dossier : 6 septembre 2019

C.A.E.P.M.N.S

Date de formation : 4, 5 et 6 novembre 2019

Lieu de formation : BEAUVAIS

L'effectif maximal est fixé réglementairement à 25 personnes.
Les dossiers complets sont traités par ordre d'arrivée.

Nom : Prénom

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville

Tel. Domicile : Tel. Travail :

E-mail :

- Diplôme conférant le titre de maître-nageur-sauveteur :
Numéro, date d'obtention :
- Dernier C . A . E . P . M . N . S :
Date et lieu d'obtention :
- Profession :
- Lieu d'exercice :

Pour inscription

Fait à :

Le :

Signature :



Liste des pièces à fournir

- 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 certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de maître-nageur-sauveteur ;
- Une photocopie de l'attestation « premiers secours en équipe de niveau 1 » (PSE1) ou son équivalent ;
- Une photocopie de l'attestation de formation continue en PSE1 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 4 ;
- Deux enveloppes timbrées, affranchies au tarif en vigueur pour 20 g ;
- Le cas échéant l'engagement de l'organisme payeur ;

Mode de paiement (les chèques doivent être libellés à l'ordre de l'association Forme) :

- **187.00 €** ➔ à la charge du stagiaire (joindre le paiement)
 - ➔ Pris en charge par l'employeur (joindre l'attestation de prise en charge)

- En cas de prise en charge par un OPCA, nous contacter

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ
ET RETOURNÉ A L'INTERESSÉ**

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)



Questionnaire Pré-formation

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 ?

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