



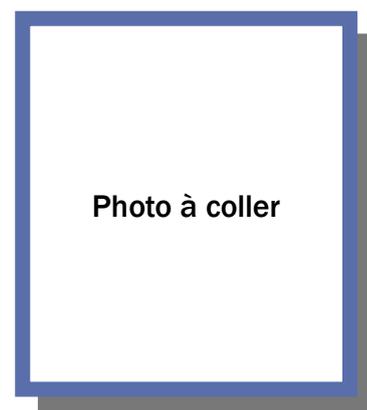
DOSSIER D'INSCRIPTION

Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et des Sports
Spécialité : Activités Aquatiques et de la Natation
Habilitation Formation:

Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Sollicite mon inscription pour les :



**Exigences préalables à l'entrée en formation
BP JEPS AAN du 20 septembre 2017**

Date limite d'inscription : Un mois avant l'entrée en formation, cachet de la poste faisant foi
Formation limitée aux trente premiers dossiers **complets** reçus

Dossier à renvoyer au

**CRF de la FNMNS
96 boucle des roseaux
57100 THIONVILLE**



Cadre réservé au CRF de la FNMNS

Date du cachet de la poste:

Dossier reçu/déposé le :

Pièces en attente :

Cachet du service et signature

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Pièces administratives :

La fiche d'inscription ci jointe

La photocopie de la carte d'identité recto verso ou du passeport ou du livret de famille

Un certificat médical (ci-joint) datant de moins de trois mois

2 photos d'identité dont une collée au dossier

4 enveloppes timbrées (sans inscription)

4 timbres 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

Lettre de motivation

Frais d'inscriptions 50 €

Les diplômes ou attestations :

La photocopie des diplômes de secourisme (AFPS – AFCPSAM – DSA – PSC1 – PSE1)

La photocopie du diplôme du BNSSA – Attestation de révision

L'attestation de réussite à l'examen de préformation – Livret de formation
(photocopie) *en fonction de votre parcours*

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE

DATE LIMITE : 20 Aout 2017

Présentez vous

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu :

Département de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Mobile :

Courriel (obligatoire) :

Adresse pendant la formation :

Code Postal :

Ville :

Couverture sociale :

CPAM Personnelle (n°) :

CPAM Parents (ayant-droit) (n°) :

Sécurité Sociale Etudiante (nom) :

Mutuelle (nom) :

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, le CRF de la FNMNS vous informe que votre identité, vos résultats d'examen, et éventuellement votre photographie pourront être mis en ligne sur le site Internet de la FNMNS.

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

Votre situation

Nom de l'employeur :

Adresse :

Inscrit au Pôle Emploi :

Préciser :

Votre cursus de formation

Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de :

Diplôme scolaire le plus haut obtenu :

Année d'obtention :

Suivi d'études universitaires :

Si oui, lesquelles :

Diplôme universitaire le plus haut obtenu :

Année d'obtention :

Suivi de formations professionnelles :

Si oui, lesquelles :

Titre professionnelle plus haut obtenu :

Année d'obtention :

Votre cursus de formation

(Joindre impérativement une copie)

Diplômes Fédéraux (précisez) :

Autres (précisez) :

Votre situation sportive

Êtes-vous licencié en natation ?

Si oui, nom et adresse de votre club :

Votre pratique de la natation

Faites-vous des compétitions ?

A quel niveau ? :

Connaissez-vous votre niveau de performance sur 50m nage libre ?

Si oui, Précisez :

Votre expérience dans l'animation

Possédez-vous une expérience dans l'animation ?

Si oui, précisez (lieu - fonction) :

Votre financement de la formation

Avez-vous déjà été aidé au titre de la formation professionnelle ?

Si oui, à quelle date :

Avec quel organisme :

Mode de financement envisagé :

Organisme financeur sollicité :

Récapitulatifs des démarches à effectuer avant le dépôt des dossiers d'inscription :

- *Demandeur d'emploi : clarifier votre situation auprès du Pôle Emploi. Les moins de 26 ans doivent également rencontrer un conseiller Mission Locale d'Insertion.*
- *Salarié : demande de congé de formation*
- *Apprenti : recherche de la structure d'accueil*
- *Clarifier votre situation d'assuré social auprès de la CPAM.*

J'atteste l'exactitude des informations portées dans le présent dossier d'inscription

Fait à le

Nom et signature

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.

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.

ÉTAT CIVIL

Je soussigné (e), Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Lieu :
Département de naissance : Nationalité :
Adresse :

Code Postal : Ville :
Téléphone fixe : Mobile :

Courriel (obligatoire) :

Pour les personnes nées à l'étranger :

Nom du père : Prénoms du père :
Nom de jeune fille de la mère : Prénoms de la mère :

QUALIFICATION – DIPLÔME PRÉPARÉ

Brevet Professionnel Jeunesse Education Populaire et Sports – Activités Aquatique et de la Natation

CRF de la FNMNS	Test Sélection : 20 septembre 2017
96 boucle des roseaux	Positionnement : 27 au 29 septembre 2017
57100 Thionville	Exigences préalables à la mise en situation pédagogique : 16 au 20 octobre 2017
Tel: 06.63.15.91.83	Période de formation : du 27/09/17 au 11/06/18

ACTIVITÉS ENCADRÉES

Activités aquatiques

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné éducateur (trice) sportif (ve) 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 _____
Nom et signature



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

À compléter dans tous les cas 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 :

Numéro SIRET :

code APE :

Adresse de facturation du soussigné :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Courriel :

Dossier suivi par :

Le soussigné s'engage à régler au CRF de la FNMNS lorraine souscrite au bénéfice de :

(Nom et prénom du stagiaire) :

pour un montant total de : euros.

(indiquer la somme en toute lettre)

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 paritaire collecteur agréé (OPCA) 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'OPCA :

N° SIRET :

Adresse et facturation de l'OPCA :

Téléphone :

Courriel :

Dossier suivi par :

À l'égard du CRF de la FNMNS, 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'OPCA n'assurera pas tout ou partie de son financement, notamment dans le cas d'une assiduité discontinue 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.

L'employeur

DATE, CACHET ET SIGNATURE

À LE

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

Le titre de paiement doit être libellé à l'ordre du « CRF de la FNMNS »

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

Exigé pour tout(e) candidat(e) à l'exercice des activités pratiquées au cours de la formation et à l'accomplissement du ou des tests préalables à l'entrée en formation pour ceux qui y sont soumis
(Cf. annexe IV bis ; arrêté du 21 juin 2016)

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie avoir pris connaissance 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 « éducateur sportif » ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné 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 :

- 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

- 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.

- 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,

INFORMATIONS AU MEDECIN

A. 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

B. Tests liés 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.

C. 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 candidat vers le dispositif mentionné ci-dessus.