



DOSSIER INSCRIPTION MONITEUR SPORTIF DE NATATION



OBJECTIFS DE LA FORMATION

DIPLÔME VISE

L'objectif de cette formation vise à la préparation et à l'obtention du Moniteur Sportif de Natation, titre à finalité professionnelle de niveau 4. Le Moniteur sportif de natation est un professionnel des activités de la Natation. Il exerce son activité au sein d'une structure de la Fédération Française de Natation (FFN).

Seuls les clubs de la FFN font appel à la certification "moniteur sportif de natation" dans la mesure où celle-ci est centrée sur le métier d'entraîneur de niveau régional, la FFN détenant le monopole de la compétence d'entraînement dans les différentes disciplines sportives dont la fédération est la seule à avoir reçu la délégation du Ministère des Sports.

METIER VISE

Le Moniteur Sportif de Natation met en œuvre en sécurité des activités à vocation sportive, jusqu'au niveau régional, et participe au fonctionnement du club. Il exerce ainsi ses activités dans un domaine privé, auprès d'un public volontaire et licencié dans un des clubs affiliés à la Fédération Française de Natation.

DATES A RETENIR

| | |
|--|-------------------|
| Date limite d'inscription | 15 septembre 2024 |
| Date du positionnement | 22 septembre 2024 |
| Date début formation | 22 septembre 2024 |
| Date fin de formation (Période de certification incluse) | 30 juin 2025 |

Le dossier d'inscription est à renvoyer **UNIQUEMENT EN FORMAT PDF** par mail à :

clemence.billet@ffnatationhdf.fr

Avant le 15/09/2024



CONTACTS

| | | | |
|-----------------------|-----------------|--------------------|--|
| Référente pédagogique | BILLET Clémence | Tel 06.75.40.19.30 | clemence.billet@ffnatationhdf.fr |
| Référent handicap | BILLET Clémence | Tel 06.75.40.19.30 | clemence.billet@ffnatationhdf.fr |

POUR LES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE AFDAS, VEUILLEZ CONTACTER L'ERFAN AVANT DE DEBUTER LA DEMARCHE.

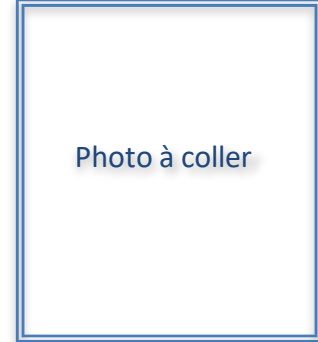
Les demandes se font 15 jours avant le début de la formation



FICHE ADMINISTRATIVE

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT.

Seuls les dossiers complets seront pris en compte

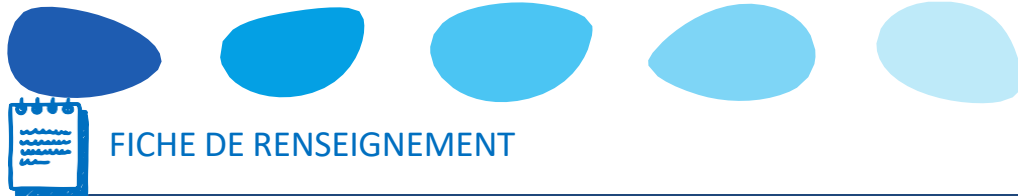


| | |
|--------|--|
| NOM | |
| Prénom | |

Pièces obligatoires pour le dossier d'inscription

| | |
|--|---|
| | Le présent dossier de candidature complété |
| | Le certificat médical datant de moins de 3 mois à la date limite d'inscription, attestant de la capacité du candidat à suivre la formation |
| | La photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité |
| | 1 photo d'identité à coller ci-dessus |
| | Accord du Président de la structure d'accueil du stagiaire (page ...) |
| | L'engagement du tuteur de la structure d'accueil (page ..) |
| | La fiche de prise en charge et financement (page ...) |
| | La photocopie d'une performance lors d'une compétition officielle OU la copie du diplôme d'un Brevet Fédéral OU fournir un justificatif attestant d'une année de licence issue d'une pratique compétitive ou loisirs au sein de la Fédération Française de Natation |
| | Un extrait de casier judiciaire, bulletin n°3 datant de moins de 3 mois avant la date limite d'inscription |
| | Si le candidat est mineur, la fiche d'autorisation parentale et fiche sanitaire |

| | |
|--|---|
| | Copie des diplômes BP JEPS AAN, BF, MSN ou UC si détenus |
| | Copie de l'attestation de formation continue du BPJEPS AAN / BF |
| | Copie du BNSSA si détenu |
| | Copie du diplôme PSE 1 initiale |
| | Copie de l'attestation de formation continue annuelle du PSE 1 |
| | Copie des diplômes du tuteur, BP JEPS AAN OU Brevet d'Etat, MSN, BF |



FICHE DE RENSEIGNEMENT

| | | | |
|---|-----|------------------------------|--|
| Nom: | | Prénom: | |
| Nom de jeune fille : | | | |
| Né(e) le: | A : | Département : | |
| Nationalité: | | | |
| Adresse : | | | |
| Code Postal: | | Commune: | |
| Tel portable: | | Email : | |
| Situation de famille : | | | |
| Êtes-vous en situation de handicap – bénéficiaire de la loi de février 2005 ? CDAPH (ancienne reconnaissance COTOREP), victime d'accident du travail ou maladie professionnelle, titulaire de la carte d'invalidité, titulaire de la pension d'invalidité, pensionné(e) de guerre, titulaire de l'AAH (joindre le justificatif). | | | |
| Oui <input type="checkbox"/> | | Non <input type="checkbox"/> | |
| Club | | | |
| Nom du club | | | |
| N° de licence | | | |

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

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



CURSUS

Votre situation

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Salarié du club | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Demandeur d'emploi Inscrit au Pôle Emploi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Scolaire ou étudiant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Bénévole | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |



Votre pratique de la natation

Natation Course Natation Artistique Water-Polo Eau libre

Depuis combien d'années ? _____

Quel niveau de pratique ? _____

Votre expérience dans l'animation

Possédez-vous une expérience dans l'animation ? Oui Non

Si oui, précisez (lieu, fonction) :

Quelle formation souhaitez-vous suivre ?

- Bloc 1 - Conduire en sécurité des apprentissages sportifs au sein d'une structure fédérale - 65h en centre / 90h en stage
- Bloc 2 – Conduire un projet d'activité ou de manifestation au sein d'une structure fédérale – 55h en centre / 40h en stage
- Bloc 3 – Valoriser les activités et le projet d'activité au sein d'une structure fédérale – 45h en centre / 30h en stage
- Bloc 4 – Accompagner des dirigeants au sein d'une structure fédérale – 30h en centre / 20h en stage
- Bloc 5 - Entraîner en sécurité dans le cadre d'une pratique compétitive au sein d'une structure fédérale : 70h en centre / 90h en stage - **Natation Course** (Bloc 5 dispensé par l'ERFAN HDF)
- Bloc 5 - Entraîner en sécurité dans le cadre d'une pratique compétitive au sein d'une structure fédérale : 70h en centre / 90h en stage – **Natation Artistique** (Bloc 5 dispensé par l'INFAN)
- Bloc 5 - Entraîner en sécurité dans le cadre d'une pratique compétitive au sein d'une structure fédérale : 70h en centre / 90h en stage – **Waterpolo** (Bloc 5 dispensé par l'INFAN)

€ FINANCEMENT ET PRISE EN CHARGE

Financement de la formation

- Je certifie n'avoir aucune prise en charge du coût de la formation pour laquelle je m'inscris. Je m'engage à prendre personnellement en charge l'ensemble des frais en lien avec la formation.
- Je souhaite financer la formation avec mon compte CPF
- Ma formation sera financée un mon employeur / OPCO – Joindre obligatoirement la demande de prise en charge
- Je souhaite entrer en contrat d'apprentissage



FICHE CLUB

Nom de la structure :
Adresse :
Code postal : Commune :
Email :

ENGAGEMENT TUTEUR

Nom du tuteur : Prénom du tuteur :
Adresse :
Code postal : Commune :
Email : Téléphone :
N°carte professionnelle :

Je soussigné(e)m'engage à assurer la fonction de tuteur, pour toute la durée de la formation auprès de Lors de son stage pédagogique du Moniteur Sportif de Natation au sein du club , club affilié à la FFN.

Le groupe sur lequel se déroule le stage en situation a pour objectif la validation des compétences et des habiletés correspondant au niveau exigé par le diplôme.

*Fait à, Le
Nom, Prénom et signature du tuteur*

ENGAGEMENT DES DIRIGEANTS DE CLUB

Président du club :

NOM : Prénom :
Email :

*Je soussigné(e),Président(e) du club
..... donne mon accord pour accueillir lors
de son stage pédagogique du Moniteur Sportif de Natation au sein du club , club affilié à la
FFN.*

Date Signature du président(e)

Trésorier du club :

Nom : Prénom :
Email :



 **DROIT A L'IMAGE**

Formulaire exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du Moniteur Sportif de Natation

Je soussigné(e)autorise l'Ecole Régionale de Formation aux Activités de la Natation Hauts de France à utiliser mon image pour la promotion de l'établissement et pour toutes ses productions sur les différents supports de communication connus ou à venir.

OUI

NON

Le 2024
(Manuscrit « bon pour autorisation » et signature)

 **OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ATTENTES DE LA FORMATION**

Comment évaluez-vous vos compétences liées au métier de Moniteur Sportif de Natation avant votre entrée en formation et quelles sont vos attentes ?

Quelles compétences souhaitez-vous développer en formation ?

Je soussigné (e),.....confirme mon engagement pour la durée de la formation en vue de l'obtention du MSN.

Fait à le
Signature du candidat ou du responsable légal



AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,
l'autorise à participer à la formation organisée par l'ERFAN Hauts de France, à pratiquer des activités physiques autres que la natation et à prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs. J'autorise également le médecin consulté en cas d'urgence à pratiquer toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

NOM et prénom du responsable légal :

Date :

Signature :



FICHE SANITAIRE (pour les mineurs)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

LE MINEUR

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu de Naissance : _____
Sexe Fille Garçon

LES VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| Vaccins Obligatoires | Oui | Non | Date dernier rappel | Vaccins recommandés | Oui | Non | Date |
|----------------------|-----|-----|---------------------|--------------------------------|-----|-----|------|
| Diphtérie | | | | BCG | | | |
| Tétanos | | | | Coqueluche | | | |
| Poliomyélite | | | | Hépatite B | | | |
| | | | | Pneumocoque | | | |
| | | | | Méningocoque | | | |
| | | | | Rougeole, Oreillon, Rubéole | | | |
| | | | | Autre | | | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Le mineur suit-il un traitement médical pendant la formation ?

- Oui
 Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|------------|-----|-----|------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Coqueluche | | |
| Varicelle | | | Rougeole | | |
| Angine | | | Oreillon | | |
| Rhumatisme | | | Otite | | |
| Scarlatine | | | | | |

Allergies :

| | Oui | Non |
|----------------|-----|-----|
| Asthme | | |
| Médicamenteuse | | |
| Alimentaires | | |
| Rhumatisme | | |

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).

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

RECOMMANDATIONS

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre :

.....
.....

Le mineur porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

.....

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 :

Nom : Prénom :
Adresse : Commune :
Code postal :
Téléphone portable :

Responsable légal 2 :

Nom : Prénom :
Adresse : Commune :
Code postal :
Téléphone portable :



Dénomination sociale :
Adresse :
Déclaration Activité :
Numéro SIRET :
Numéro APE

E.R.F.A.N. Hauts de France
138 Bis rue Léon Blum 62 290 Noeux les Mines
32 62 02 902 62
82868046200029
9312Z



Je soussigné(e),, responsable légal du mineur
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise
également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
De plus, j'autorise mon enfant à prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs (transports en commun,
minibus, véhicule personnel).

Nom et prénom :

Date :

Signature :