



DOSSIER INSCRIPTION ASSISTANT MONITEUR



OBJECTIFS DE LA FORMATION

AIDER A L'ENCADREMENT D'UN GROUPE

Je découvre ce qu'est l'encadrement bénévole mais également comment assurer la sécurité d'un groupe au sein de ma structure. Je n'interviens jamais seul sur le groupe ou dans la piscine. Je suis en doublette d'une personne qualifiée à l'encadrement.

DATES A RETENIR

Date limite d'inscription	15 septembre 2024
Date du positionnement	22 septembre 2024
Date début formation	22 septembre 2024
Date de 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



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 ...)
	Si le candidat est mineur, la fiche d'autorisation parentale et fiche sanitaire

	Copie du PSC 1 si déjà obtenu – Si non, j'ai jusqu'au 30/06/2025 pour l'obtenir
	Licence FFN



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 Oui Non
- Demandeur d'emploi Oui Non
- Inscrit au Pôle Emploi Oui Non
- Scolaire ou étudiant Oui Non
- Bénévole Oui 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) :



Je soussigné(e), Président(e) du club
..... donne mon accord pour accueillir lors
de son stage pédagogique de l'Assistant Moniteur 1 au sein du club club affilié à la
FFN.

Date

Signature du président(e)



DROIT A L'IMAGE

Formulaire exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation Assistant Moniteur 1

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 à la sécurité d'un groupe au sein de votre structure 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 de l'Assistant Moniteur de niveau 1.

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 :