Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Natation – E.R.F.A.N
20 avenue des Frères Montgolfier, 69680 Chassieu
Association reconnue d'utilité publique loi 1901
N°Siret 828 474 148 00024 – N° déclatation d'activité : 84 69 15017 69

DOSSIER D'INSCRIPTION
Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maître-Nageur Sauveteur
(C.A.E.P. M.N.S.)

Pour la session du : Du 12 au 14 avril 2027

Nombre de places : 24
La session ne pourra s'organiser avec un effectif de moins de 8 stagiaires inscrits au minimum deux mois avant le début de la formation. (Obligation de la DRAJES pour tous les organismes de formation)

Durée de la session : 21 heures

Lieu de la session : Piscine des Dauphins
12 avenue Edmond Esmonin
38100 GRENOBLE

Coût de la session : 190 €

Dossier : A compléter et à renvoyer **pour le vendredi 19 février 2027, délai de rigueur**

à **: responsable-administrative@auvergnerhonealpes-natation.fr**

Renseignements complémentaires au **06 08 48 83 41 / 04 78 83 13 99**

Si le dossier est incomplet, du fait de l'attente de la convention employeur ou du certificat médical à envoyer 1 mois avant la session, merci de nous retourner tout de même votre dossier le plus complet possible afin de vous réserver une place et également de savoir si la session pourra démarrer du fait du nombre suffisant de candidats.

Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Natation – E.R.F.A.N
20 avenue des Frères Montgolfier, 69680 Chassieu
Association reconnue d'utilité publique loi 1901
N°Siret 828 474 148 00024 – N° déclatation d'activité : 84 69 15017 69

IDENTITE

Madame ☐ Monsieur ☐

NOM : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance : département :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Portable personnel :

Téléphone en cas d'urgence :

Email (obligatoire) :

Handicap : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de contacter le référent handicap de la formation : responsable-administrative@auvergnerhonealpes-natation.fr

Je, soussigné(e)

- Sollicite mon inscription au Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maître-Nageur Sauveteur, pour **la session du 12 au 14 avril 2027 à Grenoble.**
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis
- M'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre de la session et des épreuves.

Fait à : , le

Signature

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

M.N.S TITULAIRE (précisez l'employeur)

Collectivités :

Associations :

Autres :

M.N.S. OCCASIONNEL OU SAISONNIER :

Profession principale :

Intervention en milieu associatif : OUI ☐ NON ☐

Saisons Estivales : OUI ☐ NON ☐

Autre statut professionnel (précisez) :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

☐ Financement employeur

Faire compléter, signer, tamponner la convention de formation CAEPMNS par votre employeur.
Celui-ci, une fois signé par les deux parties, sera retourné à votre employeur. Le règlement s'effectuera sur présentation d'une facture émise par la ligue Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans l'attente de l'accord employeur, merci de fournir un chèque de caution de 190€ pour valider l'inscription. Celui-ci vous sera rendu le premier jour de la formation.

☐ Financement personnel

Établir un chèque de 190,00 € à l'ordre de l'ERFAN Auvergne-Rhône-Alpes Ou un virement bancaire

Code Banque	Indicatif	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30002	01046	0000099103Q	95	RRAA LYON VAISE

IBAN	BIC / Adresse Swift
FR84 3000 2010 4600 0009 9103 Q95	CRLYFRPPXXX

TITULAIRE DU COMPTE : LIGUE AUVERGNE-RHONE-ALPES DE NATATION

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MAITRE-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)

Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Natation – E.R.F.A.N
20 avenue des Frères Montgolfier, 69680 Chassieu
Association reconnue d'utilité publique loi 1901
N°Siret 828 474 148 00024 – N° déclatation d'activité : 84 69 15017 69

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

NOM :

	Cadre réservé à l'Organisme
☐ **Photocopie couleur d'une pièce d'identité**, *soit de la carte nationale d'identité en cours de validité (**recto-verso**), soit du passeport en cours de validité, soit du livret de famille, soit d'un extrait d'acte de naissance*	☐
☐ **Certificat médical** (formulaire type obligatoire) rempli et signé par votre médecin attestant de la capacité du candidat à suivre la formation, datant de moins de trois mois à l'entrée en formation	☐
☐ **Photocopie du certificat de compétences PSE1 ou PSE2 initial** ou son équivalent	☐
☐ **Photocopie de la dernière attestation PSE1/2 de formation continue annuelle**	☐
☐ **Photocopie du diplôme conférant le titre de maître-nageur-sauveteur** ☐ BEESAN n° ☐ M.N.S n° ☐ B.P.J.E.P.S.A.A.N. n° ☐ Diplôme Universitaire + UE SSMA (*préciser)* :	☐
☐ **Photocopie du dernier CAEPMNS**	☐
Pour les financements employeur : ☐ La convention de prise en charge signée et tamponnée ☐ Soit le règlement de 190€ (avis de virement ou chèque) ☐ Soit le bon de commande (pour les administrations passant par Chorus)	☐
Pour le financement personnel : ☐ Soit un chèque de 190 € à l'ordre de ERFAN AURA ☐ Soit un avis de virement de 190 € à l'ordre de ERFAN AURA	☐