****

**Dossier d'Inscription**

****

**Formation PSC1**

**❒ Samedi 25 juin 2022**

**❒ Samedi 20 août 2022**

**❒ Samedi 1 octobre 2022**

**❒ Samedi 5 novembre 2022**

**❒ Samedi 14 janvier 2023**

**Sport Formation**

Technopôle Agroparc - 105 rue Pierre Bayle - 84000 AVIGNON

Tél : 07.66.15.94.45 ou 06.51.98.81.44

admin@aquasport-formation.com

www.sportformation.fr

SIRET : 807 992 656 00015

Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro 93.84.03682.84

du Préfet de région Provence Alpes Côte d’Azur

**DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER**

❒ **La fiche identitaire dûment complétée** et renvoyée par courrier à *(**Sport Formation - Technopôle Agroparc -105 rue Pierre Bayle – 84000 Avignon)* ou mail *(**admin@aquasport-formation.com)*

❒ La **carte d’identité** ou le passeport ou livret de famille ou titre de séjour

❒ La **carte vitale** lisible

❒ **La fiche de droit à l’image signée**

❒ **Les frais de formation :**

* 15,00 € libellé à l’ordre de *Sport Formation* correspondant aux frais de gestion du dossier administratif
* Pour un financement individuel :

un chèque de 90,00 € libellé à l’ordre de "Sport Formation" correspondant à une caution sur les coûts de formation. Le règlement doit impérativement être remis au plus tard le 1er jour de la formation

* Pour un financement pris en charge par un employeur, OPCO… :

un chèque de 120,00 €. Dans ce cas, une convention de formation spécifique est à remplir en deux exemplaires entre les deux parties, Sport Formation et le financeur

À réception de votre dossier par notre service Administratif, vous recevrez un mail accusant réception et confirmant que le dossier est complet ou qu'il manque des éléments. **Votre candidature ne sera effective qu'à réception complète du dossier.**

Un mois avant l'entrée en formation, vous serez convoqué.e par mail.

**FICHE IDENTITAIRE**

**Photo à agrafer ou à coller**

1. **Identité**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de Naissance : Nationalité :

Département : Ville :

N° Sécurité sociale : |\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Adresse :

Code postal : Ville

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Mail : @

Êtes-vous en situation de handicap ? 🞎 Oui 🞎 Non

*Nous vous ferons parvenir notre livret d'accueil spécifique PSH (Personne en Situation de Handicap)*

Bénéficiez-vous d'une prise en charge du coût de la formation ? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, par quel organisme ?

Si non, quelles sont vos pistes de financement ?

Financez-vous individuellement la formation ? 🞎 Oui 🞎 Non

Vous êtes titulaire du diplôme de :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **N° de diplôme** |
| DE MNS |  |
| BEESAN 1er niveau |  |
| BP JEPS AAN |  |
| Autre : *(à préciser)* |  |

1. **Situation professionnelle**

❒ Demandeur d'emploi

Date d'inscription : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Identifiant Pôle Emploi (PE) : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|

Adresse de l'agence PE :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Conseiller.ère

 Percevez-vous le RSA ? 🞎 Oui 🞎 Non

❒ Salarié

Fonction :

Structure :

Personne à contacter

Adresse :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

Type de contrat ? 🞎 CDI 🞎 CDD, date de fin :

❒ Agent public d'état ou territorial

Fonction :

Administration :

Personne à contacter

Adresse :

🕾 : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|

❒ Autre situation *(lycée, étudiant, bénévole, sans activité…)*

Précisez :

Renseignement.s que vous pensez utile.s de nous communiquer :

Le dossier d'inscription doit être renvoyé **deux mois** avant la date de la formation souhaitée.

Une attestation d'inscription à la session et de complétude du dossier sera envoyée à chaque candidat.e.

L'effectif maximal de la session est fixé à 25 personnes. Toute session avec un effectif inférieur à 8 personnes sera annulée.

Lors de la session de formation, pensez à vous présenter avec votre pièce d'identité en cours de validité, et si cela n'a pas été fourni dans le dossier d'inscription, le certificat médical datant de moins de trois mois et le règlement (frais de dossier et frais de formation).

Je soussigné.e, certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis.

Fait à le

***Signature du candidat***

**CERTIFICAT MÉDICAL**

**Exigé pour tout candidat au Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de**

**Maître-Nageur Sauveteur (CAEP MNS)**

*Modèle de 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 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 sa 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**

**DEMANDE D'AUTORISATION**

**D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE**

Je soussigné.e

demeurant

Code postal : Ville

Suivant la formation :

❒ **autorise** AQUA SPORT FORMATION à me photographier, me filmer durant la durée de ma formation.

❒ **n’autorise pas** AQUA SPORT FORMATION, à me photographier, me filmer durant la durée de ma formation.

Et à utiliser mon image.

Les photographies et/ou images pourront être exploitées et utilisées directement par AQUA SPORT FORMATION, à titre gratuit et non exclusif, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, sans limitation de durée. Elles pourront être utilisées intégralement ou par extraits, et notamment sur les supports suivants :

* Presse,
* site Internet d’AQUA SPORT FORMATION ou celui d’un de ses partenaires,
* page Faceboook, Instagram, LinkedIn de l’association,
* forum, expositions,
* publicité,
* projection publique.

**Le bénéficiaire de l’autorisation s’interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies ou images susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d’utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.**

Pour tout litige né de l’interprétation ou de l’exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

Fait à …………………………………………………., le……………………………………… en un exemplaire et de bonne foi\*.

Signature précédée du nom et prénom :

*\* une copie de ce document vous sera remis en début de formation*