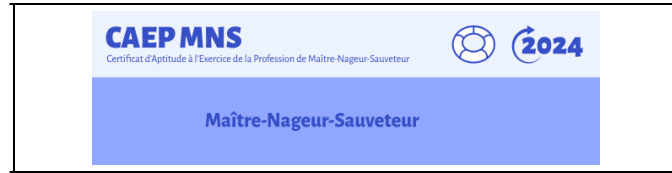


PIECES à FOURNIR - CAEP/MNS

A téléverser dans votre espace d'inscription

- 1 photo d'identité (au format jpg)
- Photocopie de la carte nationale d'identité (recto-verso) en cours de validité, ou du passeport
- Certificat médical de non contre-indication à l'exercice de la profession de Maître-Nageur-Sauveteur datant **de moins de 3 mois** à la date du stage (modèle conforme à utiliser)
- Photocopie du diplôme conférant le titre de Maître Nageur Sauveteur
 - Diplôme d'état de Maître-Nageur-Sauveteur
 - ou Brevet d'Etat d'Educateur Sportif des Activités de la Natation (BEESAN)
 - ou BPJEPS Activités Aquatiques et de la Natation
 - ou Licence Pro AGOAPS + UESSMA
- Photocopie du dernier Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maître-Nageur Sauveteur, sauf s'il s'agit d'une première révision
- Photocopie du diplôme initial de PSE1 ou PSE2 ou diplôme équivalent (selon l'année d'obtention : Ranimation du BNS, AFCPSAM, CFAPSE, ...) à jour de Formation Continue annuelle
- Document relatif à votre situation professionnelle et à la Prise en charge des frais de formation
(les éléments fournis permettront de préparer le contrat de formation, dès lors que votre inscription aura été retenue).

Club de Palmes de Montpellier
Centre de Formation Départemental de la FPMNS
190 rue Fra Angelico Bt A
34090 Montpellier
clubpalmesmontpellier@gmail.com



CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MAITRE NAGEUR SAUVETEUR (CAEP-MNS)

de moins de 3 mois à la date de la formation

Je soussigné,, 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 1/10 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.

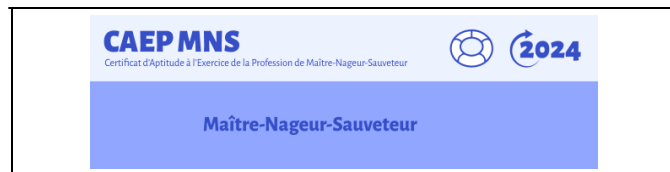
Cas particulier :

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 A L'INTERESSE(E), POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT

FAIT à le
(Signature et Cachet du médecin)



SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM et Prénom du STAGIAIRE :

Je suis : **SALARIE** : Fonctionnaire du Privé Contractuel

Précisez : Profession :

Lieu de travail :

Employeur :

Travailleur Indépendant

Demandeur d'Emploi

Autre : précisez

En cas de prise en charge par votre employeur,

Merci de faire compléter et signer ce document qui permettra d'établir la convention de prise en charge, dès lors que votre dossier aura été retenu à la session de formation demandé.

FINANCEMENT de la FORMATION

250 €

Session de Formation : CREPS de Montpellier du 11 au 13/12/2024

Nom de l'**ORGANISME** :

N° de SIRET :

Représenté par :

Adresse :

.....

☎ : 📧 :

➔ En cas de demande de prise en charge des frais de formation auprès de l'OPCO dont vous dépendez, merci de bien vouloir le préciser :

Le

Tampon et signature