Certificat médical

de non contre-indication à l'exercice des activités pratiquées au cours de la formation et à l'accomplissement du ou des tests préalables à l'entrée en formation pour ceux qui y sont soumis.

« Je soussigné(e), ……., docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance du contenu du test ainsi que des activités pratiquées au cours de la **formation préparatoire au titre à finalité professionnelle « Moniteur Sportif de Natation »** ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné,

M./Mme……., candidat(e) à cette certification, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre- indication médicale apparente :

- à l'accomplissement du ou des tests préalables à l'entrée en formation (si il/elle y est soumis(e))
- au suivi de la formation
- et à l'exercice de ces activités.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit

Fait à …… le …… (Signature et cachet du médecin)

INFORMATIONS AU MEDECIN :

A - Activités pratiquées au cours de la formation :

Le(la) candidat(e) au titre à finalité professionnelle « Moniteur sportif de natation » est amené à :

- Encadrement de séances d'apprentissage de la natation et de séances d'entraînement en natation course, eau libre, natation artistique, plongeon et water-polo. A l'exclusion de la surveillance des lieux de pratique.
- Assurer la sécurité des pratiquants de son groupe. A ce titre, il doit être en capacité :
  - d'intervenir en milieu aquatique en cas d'accident ou d'incident ;
  - de rechercher une personne immergée ;
  - d'extraire une personne du milieu aquatique.

B - Test lié aux exigences préalables à l'entrée en formation :

- Test de sécurité: il consiste à parcourir Le test de sécurité, réalisé sur une distance de 50 mètres (le port des lunettes de natation et du pince-nez n'est pas autorisé : l'utilisation de l'échelle est interdite) consiste en :
  - départ libre du bord du bassin ;
  - un parcours en nage libre ;
  - une plongée dite "en canard" et recherche d'un mannequin réglementaire immergé à 25 mètres du point de départ à une profondeur minimale de 1,80 mètre ;
  - une remontée du mannequin jusqu'à la surface ;
  - un remorquage d'une personne, de sa tranche d'âge au moins, face hors de l'eau en permanence, sur une distance de 25 mètres ;
  - la sortie de l'eau de la victime seul ou à deux.
- Selon le profil du candidat avoir réalisé une performance en compétition ou justifier d'une pratique sportive ou de loisir au sein de la Fédération française de natation.

C - Dispositions particulières pour les personnes présentant un handicap : la réglementation du diplôme prévoit que la Fédération française de natation et son référent handicap peut, après avis d'un médecin agréé par la Fédération française handisport ou par la Fédération française de sport adapté, aménager le cursus de formation et les épreuves d'évaluation certificative pour toute personne justifiant d'un handicap. Une procédure est disponible à l'adresse suivante : https://www.ffnatation.fr/formations/moniteur-sportif-de-natation-2024
Dans le cas où le médecin constate une contre-indication liée à un handicap, il le mentionne sur le certificat et oriente le(la) candidat(e) vers le dispositif mentionné ci-dessus.

ATTESTATION PRISE EN CHARGE FINANCIERE

À compléter dans tous les cas de prise en charge
Toute rature, surcharge ou omission sur ce document entraînera le retour du dossier et le retard de l'inscription.
L'attestation de prise en charge doit être remplie par l'employeur ou la personne le représentant.

Renseignements Employeur

Forme juridique :

Nom structure :

Numéro SIRET : Code APE :

Nom et Prénom du responsable de la structure :

Adresse :

Code postal : Ville :

Contact pour la facturation

Nom et Prénom : Téléphone :

Courriel :

La structure s'engage à régler à la LIGUE/ERFAN Centre Val de Loire

La formation intitulée :

Du ou des stagiaires (Nom et prénom) :

Pour un montant total de *(indiquer la somme en toutes lettres) :*

À Le Date, cachet et signature employeur

SECTEUR PUBLIC
Veuillez fournir un bon de commande comprenant les renseignements indispensables pour le paiement par CHORUS PRO.

SECTEUR PRIVE
Nom de l'OPCO :

À l'égard de Ligue Natation CVL Centre de formation des Activités de la Natation ERFAN, l'employeur reconnaît être débiteur en dernier ressort du coût de l'inscription (qu'il s'engage à régler en signant la présente attestation), dans l'hypothèse où l'OPCO n'assurerait pas tout ou partie de son financement, notamment dans le cas d'une assiduité discontinue ou incomplète du stagiaire. Le paiement de la totalité des droits d'inscription, non encore acquittés six mois après l'action de formation, sera réclamé au réel débiteur.

Ligue Natation Centre Val de Loire
Résidence Archimède Bureaux
11 avenue du Président John Kennedy 45100 ORLEANS
02 38 86 46 26 ligue@natation-cvl.fr

Service formation ERFAN CVL
02 47 40 25 46 / 06 08 21 41 28 erfan@natation-cvl.fr

Association Loi 1901 Reconnue d'Utilité publique
Organisme de formation ligue natation Centre Val de Loire N° de déclaration d'existence : 24 45 02095 45 SIRET: 400 663 522 00037

FICHE CLUB

Nom la structure :

Adresse :

Code Postal: Commune:

Email structure :

Engagement du Tuteur

Nom tuteur: Prénom tuteur

Adresse :

Code Postal: Commune:

Email :

Diplôme (BF2minimum) : Choisir le diplôme le plus Numéro de diplôme :

Je soussigné(e) _____ m'engage à assurer la fonction de tuteur auprès de _____ lors de son stage en situation pédagogique du Brevet Fédéral au sein du club de _____ engagement pour la durée de la formation dispensée en vue de l'obtention du Brevet Fédéral et d'assister à la réunion des tuteurs organisée par la LIGUE/ERFAN Centre Val de Loire où seront remis les documents de suivi et d'évaluation du stagiaire. Le stage pratique sera bien effectué dans le cadre d'un club de la FFN engagé dans la démarche ENF.

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 **Date**

Nom, prénom et Signature du Tuteur

Avis du Président du club

Nom: Prénom:

Email :

Avis (précisant l'engagement et/ou l'expérience du stagiaire au sein du club, dans le domaine de l'enseignement et de l'animation) :

☐ Je déclare prendre en charge la formation du stagiaire (cochez la case si besoin)

Date **Signature du Président**

LIGUE / ERFAN CVL

Adresse : Maison des sports de Touraine 1 rue de l'aviation 37210 PARCAY MESLAY Tel : 02.47.40.25.46 / 06.08.21.41.28

SIRET : 400 663 522 00037 Code APE : 9312Z

Site internet ERFAN : www.erfancentre.com

Association Loi de 1901 déclarée auprès du Préfet de la région Centre Val de Loire sous le N° 24 45 02095 45

FICHE SANITAIRE

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

L'enfant

Nom :
Prénom:
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Calendrier de 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	Dates
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	☐	☐	
Tétanos	☐	☐		Rubéole	☐	☐	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	☐	☐	
Ou DT polio	☐	☐		Autres (préciser)			
Ou Tétracoq	☐	☐					
BCG	☐	☐					

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 médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.

L'enfant a t-il déjà eu les maladies suivantes?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐

Allergies : Asthme oui ☐ non ☐ Médicamenteuse oui ☐ non ☐ Alimentaires oui ☐ non ☐
Autres

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

LIGUE / ERFAN CVL
Adresse : Maison des sports de Touraine 1 rue de l'aviation 37210 PARCAY MESLAY Tel : 02.47.40.25.46 / 06.08.21.41.28
SIRET : 400 663 522 00037 Code APE : 9312Z
Site internet ERFAN : www.erfancentre.com Email : erfan@centre-val-de-loire.ffnatation.fr
Association Loi de 1901 déclarée auprès du Préfet de la région Centre Val de Loire sous le N° 24 45 02095 45

Recommandations

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…précisez.

Responsables de l'enfant

Nom : Prénom:

Adresse :

Code postal Commune

Numéro de téléphone :

Mère	**Portable**	**Domicile**	**Travail**
Père	**Portable**	**Domicile**	**Travail**

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, 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).

Date : Signature :

Coordonnées de l'organisme de formation et du lieu de formation et d'hébergement

Organisateur de la formation :

ERFAN Centre Val de Loire

MAISON DES SPORTS DE TOURAINE
1 RUE DE L'AVIATION
37210 PARCAY MESLAY
TEL:02.47.40.25.46 / 06.08.21.41.28

Lieu de la formation et hébergement :

Ces lieux et hébergement variant à chaque regroupement, ceux-ci seront communiqués aux stagiaires avant chaque date par mail et sur le site de l'ERFAN, ainsi que les coordonnées du formateur présent.