A.F.M.S.
Formation aux Métiers du Sport

Dossier d'Inscription CAEPMNS

DOSSIER D'INSCRIPTION A REMPLIR EN LIGNE AVANT IMPRESSION SAUF L'ANNEXE 1 : CERTIFICAT MEDICAL

Je souhaite m'inscrire à la :	Lieux	DATE LIMITE D'INSCRIPTION
☐ Session n° 1 du 15 au 17 février 2027	Andrézieux-Bouthéon (42)	● **Le 15 janvier 2027**
☐ Session n° 2 du 12 au 14 avril 2027	Roanne (42)	● **Le 12 mars 2027**
☐ Session n° 3 du 25 au 27 octobre 2027	Yssingeaux (43)	● **Le 24 septembre 2027**
☐ Session n° 4 du 03 au 05 novembre 2027	Montbrison (42)	● **Le 1er octobre 2027**

Le dépôt d'un dossier d'inscription ne garantit pas une place. Les inscriptions sont traitées par ordre de réception, et le nombre de places pour la CAEPMNS 2027 est limité à 24. Au-delà, les candidats seront placés sur liste d'attente en cas de désistement.

Renseignements

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge : Sexe : ☐ M ☐ F

Lieu de naissance : Département :

Nationalité : Titre de séjour : ☐ Oui ☐ Non

Adresse :

CP : Ville :

☎ : 📱 : J'autorise la transmission de mes coordonnées téléphonique et mail (ex : covoiturage) : ☐ Oui ☐ Non

E-mail :

Situation de Handicap : ☐ Oui ☐ Non Reconnaissance Handicap : ☐ Oui* ☐ Non

**** Si vous êtes en situation de handicap, merci de fournir votre reconnaissance handicap et de contacter la coordinatrice de formation pour identifier vos besoins spécifiques.***

En cas d'urgence prévenir : 📱 :

Quel temps réalisez-vous sur un 300 mètres nage ventrale avec palmes (tolérance du port de lunettes et bonnet, nage régulière et continue) :

Constitution du dossier d'inscription

Liste des documents à joindre au dossier d'inscription :

- ☐ Ce dossier d'inscription dûment rempli,
- ☐ 1 photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité (sauf permis de conduire), pour les candidats de nationalité étrangère, une copie du titre de séjour valide,
- ☐ 1 photocopie du diplôme conférant le titre de MNS (BEESAN, BPJEPS AAN…),
- ☐ 1 photocopie du dernier certificat de révision CAEPMNS, le cas échéant,
- ☐ 1 attestation annuelle de formation continue de votre diplôme de secourisme en cours de validité,
- ☐ 1 photocopie de la carte professionnelle en cours de validité,
- ☐ Un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, *datant de moins de 3 mois avant le premier jour de formation,* ci-joint en annexe 1,
- ☐ L'attestation de cession de droit à l'image personne majeure ci-jointe en annexe 3,
- ☐ L'attestation de financement de la formation en annexe 4,

Le retour du dossier d'inscription se fait soit par mail, soit par envoi postal à :
Association pour la Formation aux Métiers du Sport – A l'attention de Mme ERTLE Delphine Complexe Les Ollières - Rue de Verdun – 42580 l'Étrat - ☎ 04 77 91 17 05 - contact@afms-aura.fr

A.F.M.S.
Formation aux Métiers du Sport

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

ANNEXE 1
Document à imprimer

CERTIFICAT MEDICAL

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 maitre-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)

A.F.M.S.
Formation aux Métiers du Sport

CONSENTEMENT UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES

Merci de bien vouloir compléter soigneusement ce formulaire d'inscription au sein de notre organisme de formation AFMSSER - (N° Siret : 402 305 288 000 19 - N° de déclaration d'activité 82420126942) situé : 11 rue de Verdun, BP129 - 42580 L'ETRAT.

Nous allons récolter un certain nombre de données personnelles vous concernant : nom, prénom, dates et lieu de naissance, coordonnées, données médicales, données bancaires, situation professionnelle, diplômes …

Ces données personnelles seront enregistrées dans des bases de données Excel présentent sur notre serveur (accès sécurisés).

Ces données seront utilisées pour gérer toutes les tâches concernant votre parcours de formation et seront communiquées à notre référent ministériel sur le site FOROME et selon le cas, sur les Interfaces Région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les principales utilisations de ces données seront :

- Gestion administrative de votre parcours de formation (courrier, appel, attestation, dossier de financement, communication avec les financeurs, employeurs, structures de stage, cabinet comptable et expert-comptable, …)
- Gestion pédagogique (gestion des présences et absences, communication avec nos partenaires de formation : ligues, comités, organisme de formation, entreprises…, gestion et communication des dates/résultats des certifications, rattrapages, …).

Ces données seront conservées 3 ans afin d'établir un suivi post formation et des comptes rendus statistiques.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant l'AFMSSER - 11 rue de Verdun, BP129 - 42580 L'ETRAT.

Conformément aux articles 34 et 35 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ainsi qu'aux articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016.

L' AFMSSER s'engage à prendre toutes précautions conformes aux usages afin de protéger la confidentialité des informations, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Je soussigné (e) _____ _____

- Atteste avoir bien pris connaissance du traitement de mes informations personnelles collectées par l'AFMSSER ;
- Sais que je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement.

Signature du candidat :

ANNEXE 3

A.F.M.S.
Formation aux Métiers du Sport

ACTE DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE
PERSONNE PHYSIQUE MAJEURE

Je, soussigné(e), Monsieur/Madame/Mademoiselle, domicilié(e) à

déclare ◉ autoriser ○ ne pas autoriser l'exploitation, par l'A.F.M.S., des photographies me représentant et ayant été prises, dans et hors des locaux mis à disposition par l'A.F.M.S et/ou des communes environnantes, conformément à l'article 9 du Code Civil et dans les conditions et limites suivantes :

- **Destination** : tous usages à des fins de promotion et de communication relative au centre de formation A.F.M.S.

- **Exploitation** : cession à l'A.F.M.S. pour toute exploitation, notamment représentation et reproduction sur quelque support que ce soit, tel que imprimé ou électronique. Les photographies sélectionnées l'ont été avec mon accord.

- **Durée de la cession** : la cession est effective pour la durée de l'exploitation des supports visés.

- **Gratuité** : cette cession est à titre gracieux.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

A.F.M.S.S.E.R.
11 rue de Verdun Complexe des Ollières
42580 L'ETRAT
☎ 04.77.91.17.05
contact@afms-aura.fr - www.afms-aura.fr
SIRET : 40230528800019 - APE : 926C
N° déclaration d'activités de l'organisme de formation : 82420126942

ANNEXE 4

Financement de la formation

Nom Prénom du bénéficiaire :

Organisme Financeur
(association, club sportif ou autre)

Montant pris en charge : *250 €*

Modalités de paiement :

☐ **Chèque** *(à l'ordre de l'AFMSSER)*

Facture : ☐ *Oui* ☐ *Non*

☐ **Chorus** *(fournir le bon de commande avant le début de la formation à contact@afms-aura.fr)*

☐ **Virement** *(libellé : nom candidat + session)*
IBAN : FR76 1450 6000 5362 3747 6306 085

Facture : ☐ *Oui* ☐ *Non*

Le règlement est à fournir avant la date limite d'inscription.

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de

représentant

domicilié

Numéro de téléphone :

Mail :

n°SIRET :

atteste sur l'honneur financer la formation Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maître - Nageur Sauveteur.

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Signature et Cachet :

Auto-Financement

Montant pris en charge : *250 €*

Modalités de paiement :

☐ **Chèque** *(à l'ordre de l'AFMSSER)*

Facture : ☐ *Oui* ☐ *Non*

☐ **Virement** *(libellé : nom candidat + session)*
IBAN : FR76 1450 6000 5362 3747 6306 085

Facture : ☐ *Oui* ☐ *Non*

Le règlement est à fournir avant la date limite d'inscription.

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e)

demeurant

atteste sur l'honneur que je m'engage à financer ma formation Certificat d'Aptitude à l'Exercice de la Profession de Maître-Nageur Sauveteur.

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Signature :