

# Moniteur Sportif de Natation

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### 2024-2025

159 heures centre CAEN  
116 heures en distanciel  
270 heures alternance



## OBJECTIFS DE LA FORMATION

### DIPLÔME VISE

L'objectif de cette formation vise à la préparation et à l'obtention du Moniteur Sportif de Natation, titre à finalité professionnelle de niveau 4. Le Moniteur sportif de natation est un professionnel des activités de la Natation. Il exerce son activité au sein d'une structure de la Fédération Française de Natation (FFN).

Seuls les clubs de la FFN font appel à la certification "moniteur sportif de natation" dans la mesure où celle-ci est centrée sur le métier d'entraîneur de niveau régional, la FFN détenant le monopole de la compétence d'entraînement dans les différentes disciplines sportives dont la fédération est la seule à avoir reçu la délégation du Ministère des Sports.

### METIER VISE

Le Moniteur Sportif de Natation met en œuvre en sécurité des activités à vocation sportive et participe au fonctionnement du club. Il exerce ainsi ses activités dans un domaine privé, auprès d'un public volontaire et licencié dans un des clubs affiliés à la Fédération Française de Natation.

### DATES A RETENIR

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Date limite d'inscription | 24/09/2024 |
| Date du positionnement    | 05/10/2024 |
| Date début formation      | 12/10/2024 |
| Date fin de formation     | 21/06/2025 |

Le dossier d'inscription est à déposer ou à envoyer au format papier avant le 24 septembre 2024 à :

### ERFAN Normandie

Péricentre 4 – 147 Rue de la Délivrande – 14000 CAEN

**Nombre de places limité à 25 personnes.**  
**Seuls seront instruits les 40 premiers dossiers reçus.**



## Moniteur Sportif de Natation

Je soussigné(e)

Nom :

Prénoms:

Photo à coller

### Cadre réservé à l'ERFAN

Date du cachet de la poste:

Dossier reçu/déposé le :

Dossier

COMPLET

INCOMPLET

Pièces en attente :



## CONTACTS

### RÉFÉRENTS DE LA FORMATION

**Référente pédagogique**  
**Référente handicap**

LOCHU Maëlle  
LEGRANDS-DELAMARE  
Hélène

Tel 02.31.75.04.19

Tel 02.31.75.04.19

erfan@ffnormandie.com

erfan@ffnormandie.com



## FICHE ADMINISTRATIVE

**PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT.** *Seuls les dossiers complets seront pris en compte*

|     |  |        |  |
|-----|--|--------|--|
| Nom |  | Prénom |  |
|-----|--|--------|--|

Cadre réservé à l'E.R.F.A.N.

### Pièces obligatoires pour le dossier d'inscription

- Le présent dossier de candidature complété
- Le certificat médical datant de moins de 3 mois à la date limite d'inscription, attestant de la capacité du candidat à suivre la formation
- Un chèque de 40 € correspondant aux frais administratifs d'inscription à l'ordre de « ERFAN Normandie » (non remboursé en cas d'annulation d'inscription)
- La photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- 1 photo d'identité récente
- Accord du Président de la structure d'accueil pour l'accueil du stagiaire
- L'engagement du tuteur de la structure d'accueil
- Une attestation de prise en charge des frais pédagogiques (uniquement si votre employeur ou un organisme financeur prend en charge les frais pédagogiques)
- Attestation du test de sécurité complété par un maître-nageur sauveteur (fiche en fin de dossier) si non titulaire du BNSSA
- Une extraction de la base de donnée fédérale d'une performance en compétition officielle
- ou une copie d'un Brevet Fédéral de la Fédération française de natation à jour de la formation continue
- ou un justificatif permettant d'attester d'une année de licence issue d'une pratique compétitive ou de loisirs, quelle que soit la discipline au sein de la Fédération française de natation.
- Un extrait de casier judiciaire bulletin n°3

Un **chèque de caution de 825€ (non encaissé)**, correspondant à 30% du montant de la formation à l'ordre l'ERFAN Normandie (hors contrat d'apprentissage)

Si financement personnel un ou plusieurs chèques du montant total de la formation

Les conditions générales de vente et le règlement intérieur paraphés et signés

Si le candidat est mineur, la fiche d'autorisation parentale et la fiche sanitaire

### Les diplômes ou attestations

- Copie des diplômes BP JEPS AAN et/ou BNSSA si détenus
- Copie de l'attestation de formation continue du BPJEPS AAN et /ou BNSSA si détenus
- Copie du diplôme PSE1 ou autres titres admis en équivalence (AFPCSAM, CFAPSE, PSE2, BNSR ...) Obligatoire
- Copie de l'attestation de formation continue annuelle du PSE1

**ATTENTION tout dossier d'inscription sans chèque ne sera pas pris en compte**

**DOSSIER COMPLET**  
**DOSSIER INCOMPLET**



## FICHE DE RENSEIGNEMENT

|   |     |                              |               |
|---|-----|------------------------------|---------------|
| Nom:  |     | Prénom:                      |               |
| Nom de jeune fille :  |     |                              |               |
| Né(e) le:   | A : |                              | Département : |
| Nationalité:  |     |                              |               |
| Adresse :   |     |                              |               |
| Code Postal:  |     | Commune:                     |               |
| Tel portable:   |     | Email :                      |               |
| Situation de famille :  |     |                              |               |
| <b>Êtes-vous en situation de handicap</b> – bénéficiaire de la loi de février 2005 ? CDAPH (ancienne reconnaissance COTOREP), victime d'accident du travail ou maladie professionnelle, titulaire de la carte d'invalidité, titulaire de la pension d'invalidité, pensionné(e) de guerre, titulaire de l'AAH (joindre le justificatif). |     |                              |               |
| Oui <input type="checkbox"/>  |     | Non <input type="checkbox"/> |               |
| <b>Club</b>   |     |                              |               |
| Nom du club   |     |                              |               |
| N° de licence   |     |                              |               |

En vertu de l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978, l'ERFAN Normandie vous informe que votre identité, vos résultats d'examen, et éventuellement votre photographie pourront être mis en ligne sur le site Internet de l'ERFAN.

Si vous vous opposez à cette mise en ligne, merci de cocher la case suivante :



## CURSUS

### Votre situation

Salarié du club  Oui  Non

Demandeur d'emploi  
Inscrit au Pôle Emploi  Oui  Non

Scolaire ou étudiant  Oui  Non

Bénévole  Oui  Non

Les frais de formation seront réglés par :



## Votre cursus de formation scolaire et universitaire

**Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de:**  Troisième  Seconde  Première  Terminale

Diplôme scolaire le plus haut obtenu : \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_

**Suivi d'études universitaires:**  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Diplôme universitaire le plus haut obtenu : \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_

**Suivi de formations professionnelles:**  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Titre professionnel le plus haut obtenu : \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_

## Votre cursus de formation

*(joindre impérativement une copie des diplômes obtenus)*

|  |   |
|--|---|
|  | Diplômes fédéraux (précisez) : .....  |
|  | Brevet National de sécurité et Sauvetage Aquatique (et recyclage si nécessaire) |
|  | PSE1  |
|  | Officiel FFN (précisez) : .....   |

## Votre pratique de la natation

Natation Course  Natation Artistique  Water-Polo  Eau libre

Depuis combien d'années ? \_\_\_\_\_

Quel niveau de pratique ? \_\_\_\_\_

## Votre expérience dans l'animation

Possédez-vous une expérience dans l'animation ?  Oui  Non

Si oui, précisez (lieu, fonction) : \_\_\_\_\_

## Quelle spécialité souhaitez-vous suivre ?

MSN  Natation Course  Natation Artistique  Water-polo



## € FINANCEMENT ET PRISE EN CHARGE

### Financement de la formation

#### Financement personnel (cocher les cases correspondantes)

- Je soussigné(e)  
Certifie n'avoir aucune prise en charge du coût de la formation pour laquelle je m'inscris. Je m'engage à prendre personnellement en charge, dans leur totalité, les frais de formation (nous contacter pour le devis).  
Je souhaite compléter mon financement par :
- CPF (Compte Personnel de Formation - demande de cofinancement par internet sur "Mon compte formation")

Dans tous les deux cas, demander votre devis par mail à [erfan@ffnormandie.com](mailto:erfan@ffnormandie.com) en indiquant vos coordonnées postales.  
Devis à retourner signé avec la mention « Bon pour accord ».

Joindre à son inscription le coût de la formation en 2 ou plusieurs chèques. Le 1er d'un montant équivalent à 30% du coût total de la formation sera encaissé à l'entrée et le solde en un ou plusieurs chèques sera encaissé en cours de formation (dans la limite de la date de fin de formation). Les chèques sont établis à l'ordre de ERFAN Normandie

#### Financement Employeur / OPCO / CPF TP (compléter obligatoirement l'attestation de prise en charge)

Le financement de la formation sera pris en charge par :

- le plan de formation interne
- CPF/ Transition Professionnelle (contacter Transition Pro Normandie)
- l'OPCO (AFDAS, AKTO, UNIFORMATION, ...)

#### Financement Employeur Contrat d'Apprentissage (contacter l'ERFAN pour tous renseignements notamment les coûts contrat)

- Je souhaite entrer en contrat d'apprentissage

Nom du club employeur : .....

Nom et coordonnées de la personne en charge : .....

Je soussigné(e) :

Certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus

Fait à ..... Le.....

Signature du candidat ou du responsable légal si mineur

- En cochant cette case j'atteste de l'exactitude des renseignements indiqués et des pièces fournies.  
Fait à : ..... Le : .....  
Signature : .....



## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

### 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.*

Nom ou raison sociale de l'employeur :

Numéro SIRET : code APE :

Adresse de facturation du soussigné :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel : @

Dossier suivi par :

Le soussigné s'engage à régler à l'ERFAN Normandie souscrite au bénéfice de :

(Nom et prénoms du stagiaire) :

pour un montant total de : euros

*(Indiquer la somme en toutes lettres)*

---

*La partie ci-dessous ne concerne que les formations prises en charge par un employeur dans le cadre de la formation professionnelle continue.*

*Si ce dernier a demandé une prise en charge directe du coût de la formation à un opérateur de compétences (OPCO) et obtenu de sa part une confirmation écrite, dûment datée et signée, qu'il joindra alors au présent dossier, il indique ci-dessous les coordonnées de l'organisme. Dans le cas contraire, il est inutile de compléter cette partie.*

Nom de l'OPCO: N° SIRET:

Adresse de facturation de l'OPCO:

Téléphone : Courriel:

Dossier suivi par :

*À l'égard de l'ERFAN Normandie de La Ligue de Normandie Natation, 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.*

L'employeur

À ..... LE .....

DATE, CACHET ET SIGNATURE

**Le cachet et la signature originaux sont exigés sous peine de nullité de la prise en charge. Le titre de paiement doit être libellé à l'ordre de « ERFAN Normandie »**





## DROIT A L'IMAGE

### Formulaire exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation du Moniteur Sportif de Natation

Je soussigné(e) .....autorise l'Ecole Régionale de Formation aux Activités de la Natation de Normandie à utiliser mon image pour la promotion de l'établissement et pour toutes ses productions sur les différents supports de communication connus ou à venir.

**OUI**

**NON**

Le .....2024  
(Manuscrit « bon pour autorisation » et signature)



## OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ATTENTES DE LA FORMATION

Comment évaluez-vous vos compétences liées au métier de Moniteur Sportif de Natation avant votre entrée en formation et quelles sont vos attentes ?

---

---

---

Je soussigné (e)..... confirme mon engagement pour la durée de la formation en vue de l'obtention du MSN .....

Fait à ..... le .....  
Signature du candidat ou du responsable légal



## AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, l'autorise à participer à la formation organisée par l'ERFAN Normandie, à pratiquer des activités physiques autres que la natation et à prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs. J'autorise également le médecin consulté en cas d'urgence à pratiquer toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

NOM et prénom du responsable légal :

Date :

Signature :



## FICHE SANITAIRE (pour les mineurs)

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

### LE MINEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe  Fille  Garçon

### LES VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| Vaccins Obligatoires |     |     | Date dernier rappel | Vaccins recommandés         |     |     | Date |
|----------------------|-----|-----|---------------------|-----------------------------|-----|-----|------|
|                      | Oui | Non |                     |                             | Oui | Non |      |
| Diphtérie            |     |     |                     | BCG                         |     |     |      |
| Tétanos              |     |     |                     | Coqueluche                  |     |     |      |
| Poliomyélite         |     |     |                     | Hépatite B                  |     |     |      |
|                      |     |     |                     | Pneumocoque                 |     |     |      |
|                      |     |     |                     | Méningocoque                |     |     |      |
|                      |     |     |                     | Rougeole, Oreillon, Rubéole |     |     |      |
|                      |     |     |                     | Autre                       |     |     |      |

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 MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

Le mineur suit-il un traitement médical pendant la formation ?

- 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.

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|            | Oui | Non |            | Oui | Non |
|------------|-----|-----|------------|-----|-----|
| Rubéole    |     |     | Coqueluche |     |     |
| Varicelle  |     |     | Rougeole   |     |     |
| Angine     |     |     | Oreillon   |     |     |
| Rhumatisme |     |     | Otite      |     |     |
| Scarlatine |     |     |            |     |     |

### Allergies :

|                | Oui | Non |
|----------------|-----|-----|
| Asthme         |     |     |
| Médicamenteuse |     |     |
| Alimentaires   |     |     |
| Rhumatisme     |     |     |

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

-----  
-----  
-----

## RECOMMANDATIONS

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

-----  
-----

Le mineur porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...précisez.

-----

## RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Téléphone portable :

Prénom :

Commune :

Responsable légal 2 :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Téléphone portable :

Prénom :

Commune :



Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur \_\_\_\_\_  
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).

Nom et prénom :

Date :

Signature :

## TEST DE SECURITE

Je soussigné(e) .....

Titulaire du diplôme suivant : .....

Numéro de diplôme : .....

Numéro de carte professionnelle : .....

A jour de la formation continue (CAEPMNS .....)

Oui

Non

Atteste que :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....

Licencié(e) au club : .....

A réalisé le parcours suivant, 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) :

- Départ libre du bord du bassin
- Un parcours en nage libre
- Une plongée dite « canard » et recherche d'un mannequin réglementaire immergé à 25m 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

A ....., le .....

Signature