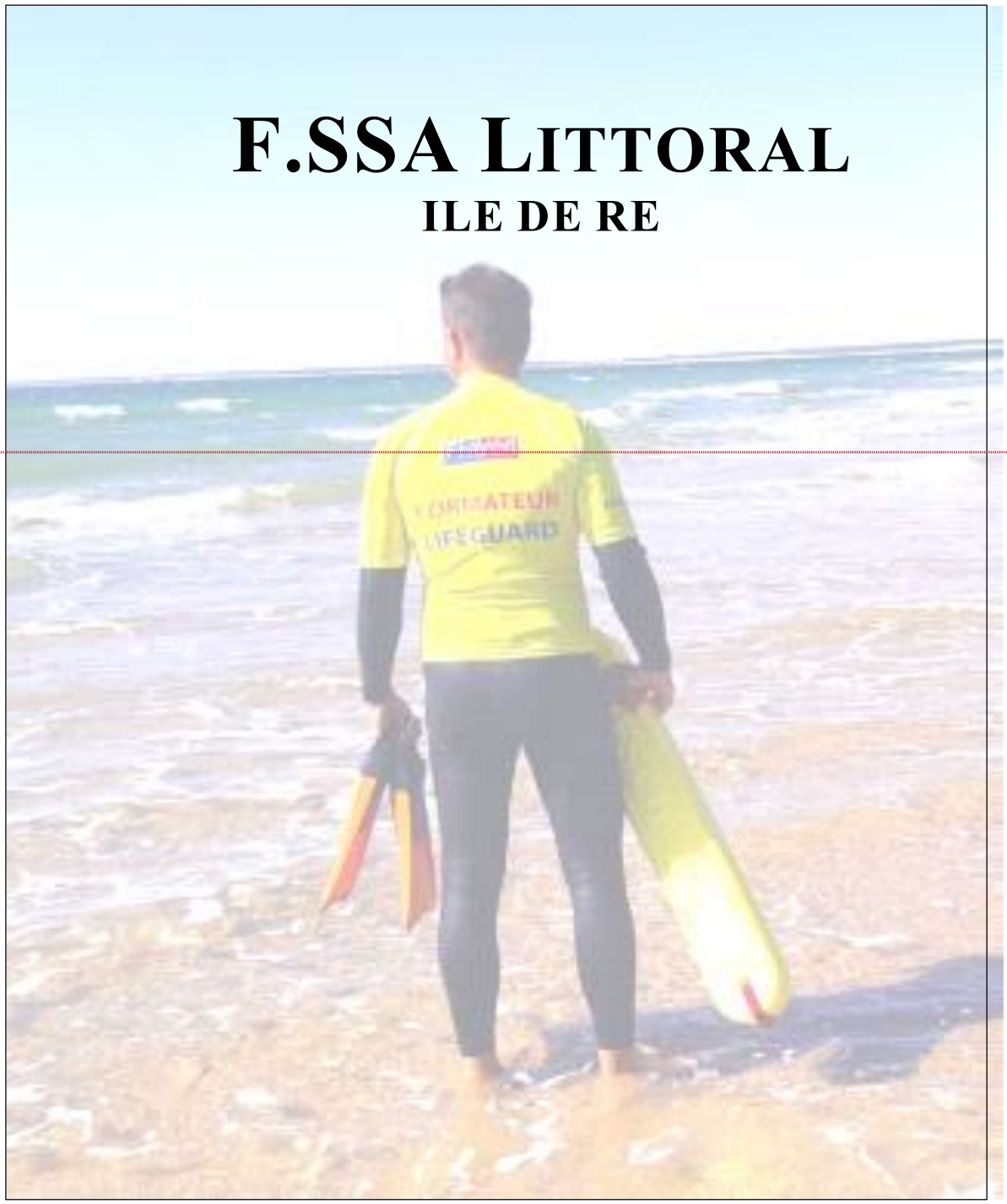
« STAGE DE FORMATION CONTINUE SURVEILLANCE AU SAUVETAGE AQUATIQUE SUR LE LITTORAL »



Association Charentaise de formation à la Réanimation et aux Secours – 9 chemin du Cimetière - 17540 NUAILLE D'AUNIS ☎ : 06.63.51.05.17
Courriel : jacqueminlaurent17@gmail.com PREFECTURE N° W173002836 - SIRET 517470480 00032 – Enregistrée sous le numéro 54 17 01619 17 Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat. **CNF de la FNMNS maison des sports – 13 rue Jean Moulin – BP 70001 – 54510 TOMBLAINE** ☎ : 03.83.18.88.37 Courriel : cnf.fnmns@orange.fr

(à conserver) *version 17/08/2023*

Afin de maintenir la validité de son certificat de compétences, le titulaire de l'unité d'enseignement "pédagogie appliquée à l'emploi de formateur au sauvetage aquatique en milieu naturel" est assujetti à une vérification de maintien des acquis ainsi qu'à une formation continue.

1. Vérification de maintien des acquis

Le titulaire de l'unité d'enseignement pédagogie appliquée à l'emploi de formateur au sauvetage aquatique en milieu naturel doit pouvoir justifier d'une vérification de maintien des acquis datant de moins d'un an.

Lors de cette vérification de maintien des acquis, l'intéressé doit démontrer son aptitude à exercer les fonctions correspondant à la qualification considérée. En particulier, il doit démontrer sa capacité à contextualiser ses compétences de formateur, telles que définies en annexe I de l'arrêté du 8 août 2012 susvisé, au domaine particulier de l'enseignement des procédures et des techniques relatives à la surveillance et au sauvetage en milieu naturel.

Seuls les organismes de formation répondant aux dispositions de la partie 1 de l'annexe II du présent arrêté peuvent réaliser cette vérification de maintien des acquis.

Le résultat d'une session de vérification de maintien des acquis fait l'objet d'un procès-verbal établi par l'organisme de formation. Ce dernier en assure l'archivage pour une durée minimale de deux ans.

Le bilan de cette vérification est notifié à l'intéressé par l'organisme de formation. Lorsqu'il est favorable, une attestation nominative de validation du maintien des acquis est remise à l'intéressé par l'organisme formateur.

La non-validation entraîne l'impossibilité temporaire à faire valoir le bénéfice de son certificat de compétences de "formateur au sauvetage aquatique en milieu naturel", jusqu'à une nouvelle évaluation favorable.

2. Formation continue

Afin de permettre l'actualisation et le perfectionnement de ses connaissances ainsi que l'acquisition de nouvelles techniques ou procédures relatives à l'enseignement de la surveillance et du sauvetage en milieu naturel, le titulaire de l'unité d'enseignement "pédagogie appliquée à l'emploi de formateur au sauvetage aquatique en milieu naturel" est assujetti à une formation continue d'une durée minimale de six heures tous les trois ans.

Seuls les organismes de formation répondant aux dispositions de la partie 1 de l'annexe II du présent arrêté peuvent réaliser cette formation continue.

Cette formation est réalisée conformément aux dispositions des parties 4 et 5 de l'annexe II du présent arrêté.

Chaque session de formation continue fait l'objet d'un procès-verbal établi par l'organisme de formation. Ce dernier en assure l'archivage pour une durée minimale de six ans.

Le **CDF 17 – ACRS** vous propose des dates de formations sur notre site acrs.fr, onglet calendrier, rubrique SSA L

DATE DE STAGE RETENUE:……

DATE LIMITE D' INSCRIPTION : 10 JOURS AVANT LE DEBUT DE LA FORMATION, ***avec un nombre maximum de 16 stagiaires. Toutefois, l'ACRS se réserve le droit d'annuler la session de formation si le nombre minimum de 8 stagiaires n'était pas atteint.***

La formation se déroulera: au poste de secours de Rivedoux sur l'ile de Ré

Je désire réserver une nuité la veille du stage: ☐ (tarif nous consulter).

Association Charentaise de formation à la Réanimation et aux Secours – 9 chemin du Cimetière - 17540 NUAILLE D'AUNIS ☎ : 06.63.51.05.17
Courriel : jacqueminlaurent17@gmail.com PREFECTURE N° W173002836 - SIRET 517470480 00032 – Enregistrée sous le numéro 54 17 01619 17 Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat. **CNF de la FNMNS maison des sports – 13 rue Jean Moulin – BP 70001 – 54510 TOMBLAINE** ☎ : 03.83.18.88.37 Courriel : cnf.fnmns@orange.fr

DOSSIER A RETOURNER COMPLET ET SIGNATURE APPOSEE SUR TOUTES LES PAGES A :

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter :
Monsieur JACQUEMIN Laurent au 06.63.51.05.17

Le paiement sera à envoyer par courrier postal.

Merci de renvoyer le dossier d'inscription ci-dessous

par mail **en format dématérialisé (pdf)** à l'adresse mail ci -contre.

CDF17/ACRS
9 Chemin du Cimetière
17540 NUAILLE D'AUNIS
cd17acrs@gmail.com
www.acrs.fr

Ce « BULLETIN D'INSCRIPTION » est à nous retourner dûment complété et signé, accompagné des pièces ci-dessous selon votre situation :

Documents

- ☐ Diplôme de Formateur SSA
- ☐ Formation continue Formateur SSA

TARIF DE LA PRESTATION

- ☐ Chèque (*à l'ordre de l'ACRS*)
- ☐ Virement *(RIB IBAN FR76-1170-6431-0443-0556-0140-944 /* **AGRIFRPP817)**
- ☐ Prise en charge entreprise (bulletin de prise en charge dans le dossier
- ☐ Par le CPF.
- ☐ D'un montant de 95€ pour une inscription tout public.
- ☐ D'un montant de 115€ pour une inscription via une entreprise.
- ☐ Une réduction de 10€ avec la photocopie de la carte F.N.M.N.S. (pour les adhérents)

Notre grille tarifaire pour le SSA L va de 95€ à 115€ (tarif tout public, CPF ou entreprise), cette fluctuation dépend des démarches administratives induites.

Le paiement devra être fourni avant le premier jour de formation

À retourner

BULLETIN D'INSCRIPTION

Civilité ❑ Madame ❑ Mademoiselle ❑ Monsieur

NOM & PRÉNOM .....

Nom de jeune fille .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance ..... Département de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... VILLE .....

Téléphone .....

E-mail ..... @ .....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NIVEAU D'ETUDES : .....

.....

DIPLÔMES SCOLAIRES OBTENUS : .....

.....

PROFESSION ACTUELLE :.....

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES : .....

.....

NIVEAU SECOURISME ACQUIS :.....

AVEZ-VOUS DES BESOINS SPECIFIQUES PENDANT CETTE FORMATION, prise en compte de vécu difficile, handicap, autres…:

.....

.....

Matériel nécessaire :

- Combinaison - Palmes - Protection solaire - Vêtements chauds de rechange -……

Association Charentaise de formation à la Réanimation et aux Secours – 9 chemin du Cimetière - 17540 NUAILLE D'AUNIS ☎ : 06.63.51.05.17
Courriel : jacqueminlaurent17@gmail.com PREFECTURE N° W173002836 - SIRET 517470480 00032 – Enregistrée sous le numéro 54 17 01619 17 Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat. **CNF de la FNMNS maison des sports – 13 rue Jean Moulin – BP 70001 – 54510 TOMBLAINE** ☎ : 03.83.18.88.37 Courriel : cnf.fnmns@orange.fr

À retourner si utilisée

PRISE EN CHARGE ENTREPRISE

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE *(A RETOURNER SI COMPLETE)*

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'E MPLOYEUR *(en cas de prise en charge)*

NUMERO DE SIRET..... CODE APE

ADRESSE DE FACTURATION

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE... FAX

E-MAIL *(merci de remplir le champ lisiblement)*

DOSSIER SUIVI PAR

Le soussigné s'engage à régler la formation au « **C.D.F.17 de la F.N.M.N.S. – A.C.R.S** » souscrite au bénéfice de :

NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE ……

POUR UN MONTANT DE ☐ **115€** ***(trois cent quatre vingt euros),***
☐ **45€ reservation hotel**

Le **titre de paiement** doit être libellé à l'ordre du « **A.C.R.S** ».

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 organisme financeur (O.P.C.A. ou autre) 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'ORGANISME FINANCEUR

NUMERO DE SIRET

ADRESSE DE FACTURATION DE L'O RGANISME FINANCEUR.....

TELEPHONE... ...E-MAIL...

DOSSIER SUIVI PAR

À l'égard du **C.D.F.17 de la F.N.M.N.S. – A.C.R.S** , 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'organisme financeur n'assureraitpas 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 reel débiteur.

Le cachet et la signature originaux sont exigés sous peine de nullité de la prise en charge.

A……..le, ……..L'employeur – cachet et signature

À retourner

AUTORISATIONS

Je, soussigné ……atteste l'exactitude des renseignements donnés et confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur concernant la formation choisie. Je m'engage à ne rien dissimuler sur mon état de santé.

Fait à : …… le …… **SIGNATURE** :

Je cède / **Je ne cède pas** (*rayer la mention inutile*) mon droit à l'image pour reproduire ou diffuser auprès du public les enregistrements (sans limitation de nombre) en intégralité ou en partie sur tous les supports connus ou inconnus à ce jour et en tous formats, pendant une durée de 15 ans et ce à titre gracieux. Ces reproductions auront pour objet l'illustration des activités de l'association CDF 17.

Fait à : …… le …… **SIGNATURE** :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

LE REGLEMENT INTERIEUR

LE CONTRAT DE FORMATION PROFESSIONNELLE

REGLEMENT GENERAL DE LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

LES CONDITIONS GENERALES DE VENTE (CGV)

ASSURANCE STAGIAIRE

DOCUMENT FOURNIS SUR SIMPLE DEMANDE PAR MAIL à: jacqueminlaurent17@gmal.com

Les documents ci-contre peuvent également être consultés au moyen du QRCODE suivant:

Je declare sur l'honneur, avoir pris connaissance et valide les documents ci-dessus:

Fait à : …… le …… **SIGNATURE** :

Certificat Médical Type

Formulaire exigé pour tout candidat. Ce certificat devra être établi moins de trois mois avant tout dépôt de dossier.

Je Soussigné, ..., Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour, M ....., et avoir constaté que cette personne ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage, ainsi qu'à la surveillance des usagers des établissements de baignade d'accès payant.

Ce sujet n'a jamais eu de perte de connaissance ou de crise d'épilepsie et présente en particulier une aptitude normale à l'effort, une faculté d'élocution normale, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voie normale à cinq mètres et une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous.

SANS CORRECTION :

Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque oeil mesuré séparément : 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 (supérieure 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.

A.....le .....

Signature et cachet

Questionnaire d'entrée en formation SSA

1. Qu'est-ce qui vous motive pour faire cette formation ?

.....

2. Que peut vous apporter ce stage ?

.....

3. Connaissez-vous le périmètre d'intervention du SSA L / SSA MN ?

.....

.....

4. Comptez-vous exercer en milieu naturel ? Expliquez le SSA MN.

.....

.....

5. Selon vous, le SSA est-il soumis à un ou des formation(s) continue(s) ?

.....

A REMPLIR PAR TOUS LES CANDIDATS :

PROGRAMME DE LA FORMATION

Le Centre National de Formation de la FNMNS

6. Déroulement de la formation

La formation « SSA L » est organisée en plusieurs parties, comportant chacune un ou plusieurs modules composés eux-mêmes d'une ou plusieurs séquences pédagogiques.
Cette action de formation présente trois caractéristiques ressortissant d'une pédagogie moderne. En d'autres termes, la formation est modulaire, progressive et intégrée :

- **Modulaire**, car la pédagogie dispensée repose sur des parties cohérentes, correspondant à des situations d'urgence ou des gestes de secours spécifiques ;
- **Progressive**, parce que la validation du cycle complet de formation nécessite l'acquisition successive des différentes parties ;
- **Intégrée**, car cet enseignement réalise une interpénétration des savoirs théoriques et pratiques et vise à assurer un comportement efficace face à une détresse.

Ces différentes parties permettent d'envisager les principales situations qui impliquent les participants, les amenant à réaliser les gestes et les conduites à tenir qu'ils auront à exercer sur le terrain.

7. Logigramme de la formation

8. Contenu de la formation

La formation est composée de 8 parties comprenant des modules découpés en séquences.

1. ACCUEIL, PRESENTATION DU FORMATEUR ET DES PARTICIPANTS.
2. SITUER SON ROLE ET SA MISSION AU SEIN D'UN DISPOSITIF EVOLUTIF ET ADAPTABLE AUX CONDITIONS DU MOMENT.
3. EFFECTUER UNE ANALYSE DES RISQUES PARTICULIERS PRSENTS SUR SA ZONE
4. DEVELOPPER DES ACTIONS DE PREVENTION ADAPTEES AUX RISQUES ET PRATIQUES SUR SA ZONE.

Association Charentaise de formation à la Réanimation et aux Secours – 9 chemin du Cimetière - 17540 NUAILLE D'AUNIS ☎ : 06.63.51.05.17
Courriel : jacqueminlaurent17@gmail.com PREFECTURE N° W173002836 - SIRET 517470480 00032 – Enregistrée sous le numéro 54 17 01619 17 Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat. **CNF de la FNMNS maison des sports – 13 rue Jean Moulin – BP 70001 – 54510 TOMBLAINE** ☎ : 03.83.18.88.37 Courriel : cnf.fnmns@orange.fr

Le Centre National de Formation de la FNMNS

5. PARTICIPEZ A UN DISPOSITIF DE SURVEILLANCE EN METTANT EN ŒUVRE DES TECHNIQUES OPERATIONNELLES ADAPTEES ET EN METTANT EVENTUELLEMENT EN ŒUVRE DES MATERIELS SPECIFIQUES.
6. PARTICIPEZ A UNE ACTION COORDONNEE DE SAUVETAGE DANS SA ZONE OU A PROXIMITE IMMEDIATE DE CELLE-CI, A L'AIDE DE TECHNIQUES ADAPTEES OU EN METTANT EN ŒUVRE DES MATERIELS SPECIFIQUES.
7. REALISER LES GESTES DE PREMIERS SECOURS ADAPTES.
8. PILOTER DES EMBARCATIONS NAUTIQUES MOTORISEES

Nom, date et signature du candidat

Signature du Président de l'ACRS

Association Charentaise de formation à la Réanimation et aux Secours
9 Chemin du Cimetière 17 540 NUAILLE D'AUNIS

FNMNS
ORGANISATION PROFESSIONELLE

Fédération Nationale des Métiers de la Natation et du Sport

Maitres-Nageurs Sauveteurs - Surveillants Sauveteurs Aquatiques - Educateurs Sportifs

Organisation professionnelle déclarée conformément aux dispositions du titre premier du livre IV du Code du Travail et de Prévoyance Sociale / Statuts déposés le 01/04/97 à 54500 Vandoeuvre, sous le n° 29

PREMIERE ADHESION – SPECIAL STAGE SSA

Ne concerne que ceux qui n'ont jamais été adhérent à l'organisation professionnelle.

ADHESION BNSSA - BEESAN - MNS ETAPS - BP JEPS	
30€ au lieu de 60€ *pour les BNSSA* **60€ au lieu de 90€** *pour les MNS* **Coût pour 12 mois consécutifs** :	**Déductibles de vos impôts à hauteur de 66%**

Je soussigné(e) : _____ demande mon adhésion à la Fédération Nationale des Métiers de la Natation et du Sport. J'ai pris connaissance que cette adhésion **est valable pour 12 mois**. Elle me couvre en responsabilité civile et défense pénale professionnelles.

L'adhésion comprend : **l'abonnement à la revue Des EAUX et DEBATS**

J'atteste sur l'honneur avoir obtenu le diplôme du : ☐ **BNSSA** ☐ **BEESAN** ☐ **BP JEPS** ☐ **LICENCE / MAITRISE STAPS**

Sous le numéro : _____ **délivré par :** _____

Je règle la somme de par :

⇨ Carte Bancaire ☐ n° _____ date expiration : __/__ Cryptogramme : _____
⇨ Chèque Bancaire ***(joindre au bulletin d'adhésion)***

Date d'adhésion : _____ Signature :

FNMNS
CNF - FNMNS - Maison des Sports - 13 Rue Jean Moulin 54510 TOMBLAINE
☎ : 03 83 18 88 37 @ : cnf.fnmns@orange.fr : www.fnmns.org