

SPÉCIALITÉ « éducateur sportif » MENTION « Activités Aquatiques et de la Natation »

DOSSIER D'INSCRIPTION LA ROCHE SUR YON



processus certifié

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée par AFNOR Certification
au titre de la catégorie d'actions suivantes :

ACTIONS DE FORMATION

OBJECTIFS DE LA FORMATION

DIPLÔME VISE

L'objectif de cette formation vise à la préparation et à l'obtention du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport spécialité Activités Aquatiques et de la Natation (AAN). Diplôme d'État homologué de niveau IV (BAC...)

“ ATTENTION LE NOMBRE DE PLACES EST LIMITÉ À 18 STAGIAIRES SUR LA FORMATION

MÉTIER VISE

Exercer la profession de Maître-Nageur Sauveteur (MNS). Les titulaires du BPJEPSAAN interviennent au sein de différentes structures (piscines municipales, piscines privées, lieux de baignade, centres de remise en forme, thalassothérapies, hôtels, organismes de tourisme et de loisirs, ...) qui l'emploient pour assurer les missions d'un Maître-Nageur Sauveteur.

LE DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier est à déposer ou à envoyer au format papier avant le **23 août 2024** à :

ERFAN Pays de la Loire

44 rue Romain Rolland - 44000 NANTES

DATES À RETENIR

Date de tests :

Date limite d'inscription : **23/08/2024**

Date de début formation : **16/09/2024**

Date de fin formation : **27/06/2025**



RÉFÉRENTS FORMATION BPJEPSAAN

STÉPHANIE CAZAL : site La Roche sur Yon

Lucas THIBAULT : site Laval

Tél : 02.51.13.48.80 / 07.63.79.92.01

Mail : secretariat@erfanpaysdelaloire.fr

ERFAN PAYS DE LA LOIRE

Maison des Sports

44 rue romain rolland - 44000 NANTES

SIRET : 39231452200047 CODE APE : 9312Z

n° déclaration : 52440503244

Association loi 1901 déclarée auprès du Préfet de la Région

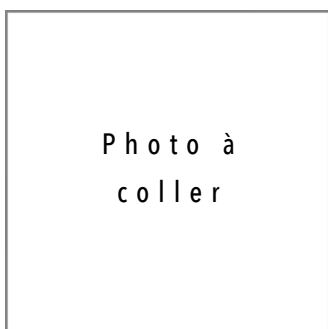


**Brevet Professionnel de la Jeunesse,
de l'Éducation Populaire et des
Sports, spécialité « Éducateur
Sportif » mention « Activités
Aquatiques et de la Natation »**

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :



CADRE RÉSERVÉ À L'ERFAN

Date du cachet de la poste :

Dossier reçu/déposé le :

Dossier : COMPLET INCOMPLET

Pièces en attente :

Attention, en parallèle de l'inscription à la formation du BPJEPS AAN, vous devez fournir l'ATTESTATION de réalisation du 400 Nage Libre (en moins de 7'40 ") avant l'entrée en formation du BPJEPS AAN.

Cette attestation est disponible en dernière page de ce dossier d'inscription.



Maison des Sports - 44 rue Romain Rolland - 44000 NANTES
SIRET : 39231452200047 - CODE APE : 9312Z - n° déclaration : 52440503244
Tél : 02.51.13.48.80 - Port : 07.63.79.92.01
Mail : secretariat@erfanpaysdelaloire.fr - Site : <https://erfanpaysdelaloire.fr>



FICHE ADMINISTRATIVE - PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Seuls les dossiers complets seront pris en compte

NOM :		Prénom :		
DOSSIER COMPLET 0		DOSSIER INCOMPLET 0		Cadre réservé à l'ERFAN
<input type="radio"/>	Le présent dossier de candidature complété			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Le certificat médical datant de moins de 3 mois à la date limite d'inscription (modèle joint)			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Un chèque de 50€ correspondant aux frais administratifs d'inscription, à l'ordre de « ERFAN Pays de la Loire » (non remboursé en cas d'annulation d'inscription)			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	La photocopie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validé			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Deux photos d'identité récentes			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Pour les français de moins de 25 ans, le certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense ou le cas échéant, l'autorisation de report.			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Une attestation d'assurance « responsabilité civile » en cours de validité.			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Extrait de casier judiciaire bulletin n°3 vierge datant de moins de 3 mois			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	L'attestation A4 de la sécurité sociale (pas de copie de carte vitale)			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Une attestation de prise en charge des frais pédagogiques (uniquement si votre employeur ou un organisme financer prend en charge les frais pédagogique)			<input type="radio"/>
	Un document de présentation personnel comprenant :			
<input type="radio"/>	• un curriculum vitae			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	• une présentation des expériences (pratique sportive personnelle, d'animation, d'encadrement ...)			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	• une présentation du projet professionnel			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	• une présentation du projet de formation (connaissance du cursus ainsi que l'organisation personnelle envisagée pour suivre la formation, temps de travail, aspects logistiques et financements)			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Une attestation sur l'honneur signée			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Un chèque de caution correspondant à 30% du montant de la formation à l'ordre de l'ERFAN pays de la Loire			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Copie d'autres diplômes mentionnés dans la partie « qualification sportive »			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Copie du BNSSA à jour de sa Formation Continue			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Copie du diplôme et de l'attestation de formation continue PSE1 ou autres titres admis en équivalences (AFCPSAM, CFAPSE, PSE2)			<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Attestation du 400 NL			<input type="radio"/>



FICHE DE RENSEIGNEMENT

RENSEIGNEMENTS

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

À :

Département naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Tél. portable :

Email :

Êtes vous en situation de handicap - bénéficiaire de la loi 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
 non

COUVERTURE SOCIALE

CPAM personnelle (n° sécurité sociale) :

CPAM parents (ayant droit - n° sécurité sociale) :

Sécurité Sociale Etudiante (nom) :

Mutuelle (nom) :

En vertu de la loi du 6 janvier 1978, l'ERFAN Pays de la Loire, 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

VOTRE SITUATION

Salarié(e) - si oui type de contrat

CDI CDD Autre

Raison sociale - adresse de l'employeur et interlocuteur (nom, fonction, mail) :

Demandeur d'emploi

Inscrit Pôle Emploi Oui Non

Etudiant (préciser)

Autre situation (préciser)



CURSUS - merci de remplir via le lien : [CLIQUEZ ICI](#)

VOTRE CURSUS DE FORMATION SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Suivi d'études scolaires jusqu'en classe de :

3ème

2nde

1ère

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 (recyclage si nécessaire)
- Attestation de réussite à certaines Unités Capitalisables du BPJEPS ou possession d'un autre BPJEPS
- Attestation de performance du 400 nage libre lors d'une compétition officielle
- Autre (précisez)

VOTRE SITUATION SPORTIVE

Êtes-vous licencié(e) dans un club affilié à la FFN ?

oui

non

Si oui, nom et adresse de votre club :



VOTRE PRATIQUE DE LA NATATION

Faites-vous de la compétition ? oui non

Connaissez-vous votre niveau de performance sur 50m Nage Libre ? oui non

Si oui, précisez :

VOTRE EXPÉRIENCE DANS L'ANIMATION

Possédez-vous une expérience dans l'animation ? oui non

Si oui, précisez :



FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Financement en tant que demandeur d'emploi (inscrit à P.E.) ET sorti de formation initiale depuis + 9 mois

Je souhaite demander le financement de la Région (*remplir la fiche de liaison programme QUALIF en fin de dossier*)

Je perçois l'Aide au Retour à l'Emploi (*ARE joindre justificatif*)

oui

non

- **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*).

Souhaite compléter mon financement par :

- CPF (*Compte Personnel de Formation - demande de cofinancement par internet sur « MON COMPTE FORMATION »*)
- SESAME (*DRAJES - réservé au moins de 26 ans*)

Dans tous les cas, demander un devis à l'ERFAN en indiquant vos coordonnées. 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 Pays de la Loire ».

- **Financement Employeur OPCO ...** (*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
- l'OPCO
- Contrat d'Apprentissage ou contrat de professionnalisation. Joindre impérativement la copie de votre dossier de demande de prise en charge auprès d'un OPCO (AFDAS ...)

Je soussigné(e)

Certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus 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 de SIRET :

Code APE :

Adresse de facturation du soussigné :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Port. :

Courriel :

@

Dossier suivi par :

Le soussigné s'engage à régler à l'ERFAN Pays de la Loire souscrite au bénéfice de :

(NOM et Prénoms du stagiaire)

pour un montant total de

€ *(indiquer ci-dessous 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 :

Dossier suivi par :

Tél :

Courriel :

Adresse de facturation de l'OPCO :

À l'égard de l'ERFAN pays de la Loire de la Ligue Natation Pays de la Loire, 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 discontinuée 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,

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 Pays de la Loire »



DROIT À L'IMAGE

**FORMULAIRE EXIGÉ POUR TOU(E) CANDIDAT(E) À LA FORMATION DU BREVET PROFESSIONNEL
JEUNESSE ÉDUCATION POPULAIRE ET SPORT, SPÉCIALITÉ « ÉDUCATEUR SPORTIF » MENTION
« ACTIVITÉS AQUATIQUES ET DE LA NATATION »**

Je soussigné(e) _____ autorise l'École Régionale de Formation aux
Activités de la Natation des Pays de la Loire à utiliser mon image pour la promotion de l'établissement et
pour toutes ses productions sur les différents support de communication connus ou à venir.

- OUI
 NON

À _____ le,

Signature
suivi de « bon pour autorisation »



OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA FORMATION

Comment évaluez-vous vos compétences liées au métier de M.N.S. avant votre entrée en formation
BPJEPS AAN ?

Pour répondre à cette question, merci de répondre au questionnaire via le lien : **[CLIQUEZ ICI](#)**



VOS ATTENTES

Pourquoi souhaitez-vous faire cette formation et quelles sont vos attentes ?



CERTIFICAT MEDICAL
(à joindre au dossier d'inscription)

Exigé pour tout(e) candidat(e) à l'entrée en formation (EPEF) et sélections du diplôme mentionné ci-dessous.

Il doit dater de moins de trois mois à la date d'entrée en formation

(article A212-36 (8°) du code du sport et article 6 (annexe IV) de l'arrêté du 21 juin 2016 modifié).

BPJEPS spécialité "éducateur sportif", mention "activités aquatiques et de la natation".

Je soussigné(e),....., docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance du contenu des activités pratiquées au cours de la formation préparatoire à la mention "activités aquatiques et de la natation" du brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité "éducateur sportif" ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné,

M./ Mme....., candidat (e) à ce brevet, et n'avoir constaté à la date de ce jour aucune contre-indication médicale apparente à l'exercice et à l'encadrement de ces activités physiques et sportives concernées par le diplôme.

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.

A _____, le _____

Cachet du médecin

Signature du médecin



INFORMATIONS AU MÉDECIN :

A. Activités pratiquées au cours de la formation :

Le candidat à la mention " activités aquatiques et de la natation " du brevet professionnel, de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité " éducateur sportif " est amené à :

- encadrer et enseigner des activités aquatiques, de découverte, d'apprentissages pluridisciplinaires, d'apprentissage des nages du programme de la Fédération internationale de natation pour tout public ;
- assurer la sécurité des pratiquants, des pratiques, des lieux de pratiques et des baignades.

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. Dispositions particulières pour les personnes présentant un handicap : la réglementation du diplôme prévoit que le délégué régional académique à la jeunesse à l'engagement et au sport 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.

Dans le cas où le médecin constate une contre-indication liée à un handicap, il le mentionne sur le certificat et oriente le candidat vers le dispositif mentionné ci-dessus.



STRUCTURES D'ACCUEIL

Si vous avez déjà pris des contacts avec des structures, merci de remplir les documents suivants. Ces informations n'ont pas un caractère obligatoire. Si vous n'avez pas de contact, nous nous chargerons de vous mettre en relation avec nos partenaires.

Nous attirons votre attention sur le fait que La Ligue de Pays de la Loire de Natation fonctionne avec un réseau de partenaires établi en Pays de la Loire, le choix des structures reste à son entière discrétion.

L'alternance : Les cours théoriques occuperont une partie de la semaine, l'autre partie étant dévolue aux stages en structures d'accueil et à la FOAD.

ENGAGEMENT TUTEUR - CLUB

NOM, Prénom du tuteur :

Téléphone :

Nom du Club :

Courriel :

Je soussigné(e)

titulaire du diplôme suivant

n° de diplôme

et n° de la carte professionnelle

M'engage à assurer la fonction de tuteur pendant la formation du BPJEPS AAN de :

Date et signature du tuteur :

Date, signature du Président et tampon club

ENGAGEMENT TUTEUR - PISCINE

NOM, Prénom du tuteur :

Téléphone :

Nom de la structure :

Courriel :

Je soussigné(e)

titulaire du diplôme suivant

n° de diplôme

et n° de la carte professionnelle

M'engage à assurer la fonction de tuteur pendant la formation du BPJEPS AAN de :

Date et signature du tuteur :

Date, signature du Responsable et tampon structure



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

INFORMATIONS

Vous allez intégrer une formation BPJEPS spécialité « Éducateur Sportif ».

Il s'agit de professions réglementées, et à ce titre vous devez prendre connaissance des informations qui suivent :

Selon l'Article R.212-87 du Code du sport « Toute personne suivant une formation préparant à un diplôme, un titre à finalité professionnelle ou un certificat de qualification qui souhaite exercer l'une des fonctions mentionnées au premier alinéa de l'article L.212-1 doit en faire préalablement la déclaration au préfet du département dans les conditions prévues à l'article R.212-85 ». Le préfet délivre une attestation de stagiaire (décret n°93-1035 du 31 août 1993, art.13-1). Selon les articles L 133-6, L. 227-10 et R. 227-3 du code de l'action sociale et des familles, personne ne peut exercer une fonction, à quelque titre que ce soit, en accueil

collectif de mineurs, s'il a fait l'objet d'une mesure administrative de suspension / d'interdiction d'exercer ou d'une condamnation pénales incompatibles avec ces fonctions.

L'ERFAN s'assure du droit des stagiaires à encadrer des publics lorsque ces derniers font une demande de carte professionnelle auprès de la Préfecture de leur département

ATTENTION : les infractions de moins de 2 ans peuvent ne pas être inscrites sur votre bulletin de casier judiciaire n°3, mais uniquement sur le n°2. Ce dernier ne peut être délivré qu'à certaines administrations ou certains organismes pour des motifs précis.

C'est pourquoi, pour entrer en formation BP JEPS AAN vous devez attester sur l'honneur n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation (vol, détention de produits stupéfiants, emprisonnement...) de nature à interdire l'exercice de la profession de Maître-nageur Sauveteur.

Merci de compléter, **de façon manuscrite**, l'attestation ci-après



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) Madame, Monsieur, (*NOM, Prénoms*)

Né(e) le _____ à _____ (*lieu de naissance et n° département*)

affirme n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation* (*réf. à l'art. L.212-9 du Code du Sport pour les BPJEPS Sport*) de nature à m'interdire l'exercice de la profession d'éducateur(trice) sportif(tive).

Fait à _____, le _____

Signature de l'intéressé(e) - NOM Prénom

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

TRÈS IMPORTANT. Le Service Réglementation de la SDJES fera une demande du bulletin n°2 du casier judiciaire. Si celui-ci révèle l'existence d'une interdiction d'exercer les fonctions mentionnées au premier alinéa de l'article L.212-1 à titre rémunéré ou bénévole, l'attestation de stagiaire ne vous sera pas délivrée et le centre en sera informé. Toute fausse déclaration entraînera l'exclusion immédiate de la formation.



FICHE DE LIAISON PROGRAMME QUALIF

NOM :	Prénom :	n° Pôle emploi :			
Date de naissance :	Âge :	Sexe :			
Adresse :					
Code Postal :			Ville :		
Tél :		Mail :			
Permis de conduire :			Moyens de transport :		
Vous êtes sans emploi					
Êtes vous bénéficiaire du RSA :		oui		non	
Demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi :		oui		non	
Si oui depuis combien de temps en continue :		moins de 6 mois	6 à 11 mois	12 à 23 mois	24 mois et plus
Situation auprès de Pôle emploi					
Vous avez fait une demande d'indemnisation auprès de Pôle Emploi :				oui	non
Vous avez un dossier de demande d'indemnisation en cours auprès de Pôle Emploi :				oui	non
Vous n'êtes plus indemnisé par Pôle Emploi depuis le :				oui	non
Vous êtes indemnisé par Pôle Emploi au titre d'Allocations :		d'aide au retour à l'emploi		temporaire	de solidarité
Vous n'avez jamais travaillé :				oui	non
Parcours de formation initiale					
Niveau de fin de scolarité :		Dernière classe suivie :		Date de fin de scolarité :	
Dernier établissement fréquenté :					
Diplôme le plus élevé obtenu :					
Préciser l'intitulé complet :				Date d'obtention :	
Expérience professionnelle (indiquez ici vos activités salariés, non salariés, de chômage précédent l'entrée en stage de la plus récente à la plus ancienne)					
Période du	Au	Votre activité	Type de contrat	Nom de l'employeur	adresse de l'employeur



Quel est l'organisme qui vous accompagne					
CAP EMPLOI	MISSION LOCALE	PÔLE EMPLOI	AUTRE PRÉCISEZ :		
Ville et/ou site de l'organisme de suivi					
Nom et Prénom du conseiller :					
Téléphone du conseiller :					
Mail du conseiller :					

ENGAGEMENT

Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables

Fait le, _____ à,

Signature du candidat



ATTESTATION DE REUSSITE
400 MÈTRES NAGE LIBRE

(Arrêté du 29 juillet 2021 paru sur le JO du 2 septembre 2021)

*400 mètres nage libre en moins de 7 minutes et 40 secondes en vue de l'entrée en formation
au BPJEPS Educateur Sportif Mention Activités Aquatiques et de la Natation*

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :

Intitulé du diplôme :

N° diplôme :

N° carte professionnelle :

Délivré par :

Certifie que Mme/M. :

Né(e) le / /

à

Domicilié(e) :

CP & Ville :

A effectué sans aide et sans matériel :

400 mètres nage libre en : _____ min et _____ secondes

Le temps maximum pour rendre cette attestation recevable est de 7 minutes et 40 secondes.

Copie du certificat médical (daté de 3 mois au jour du déroulement du test)

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit.

À _____ , le _____

Cachet du centre aquatique/autres

Signature du certificateur

Signature du titulaire