



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2018 BREVET FEDERAL 1<sup>er</sup> DEGRE – BF1

## FICHE RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

NOM de jeune fille : .....

DATE et LIEU DE NAISSANCE : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / à .....

NATIONALITE : ..... Sexe : M – F / Age : .....

ADRESSE : .....

COMMUNE : .....

BOITE POSTALE : ..... CODE POSTALE : .....

TEL : .....

MAIL : .....@.....

**CLUB D'ACCUEIL** : .....

Vous êtes licencié(e) à la FTN ?  OUI  NON

N° de licence FTN : .....

**(Licence obligatoire pour l'entrée en formation)**

Salarié d'un club

Demandeur d'emploi

Etudiant/Lycéen

Bénévole

Les frais de formation seront réglés par :  Mon club  Moi-même

Autre (préciser) .....

Adresse de facturation : .....

**LES DOSSIERS COMPLETS DOIVENT ETRE RETOURNES A L'INFP  
AU PLUS TARD LE 16 MARS 2018**

**Test d'entrée en formation : LE 19 MARS 2018 à 17h à la piscine de Pater**

**CADRE RESERVE FORMATION**

Dossier déposé le : .....

Observations : .....

*Institut de Formation pour la Performance*

B.P 1794 – 98 713 Papeete – TAHITI – POLYNESIE FRANÇAISE

Tel.: (689) 89 420 410

infp.ftn@gmail.com / N° TAHITI 281 220

# PARCOURS DU STAGIAIRE

Cocher les réponses

## Votre discipline :

Nageur(se) :  Natation course  Natation synchronisée  Water-polo

Depuis combien d'années ? ..... Niveau de pratique ? .....

Tests ENF obtenus :  ENF 1  ENF 2  ENF 3

## Encadrement de groupe :

Avez-vous déjà encadré un groupe de nageurs ?  OUI  NON

Quelle année ? ..... Quel niveau ? .....

Pour quel type de catégorie ? .....

## Avez-vous suivi une formation de secourisme/sauvetage ?

PSC 1  PSE1  PSE 2  BNSSA Autres : .....

## Avez-vous obtenu un ou des titres d'assistant ou évaluateur ENF ?

Assistant  Evalueateur  
 ENF 1  ENF 2  ENF 3 Spécialité : .....

## Avez-vous obtenu un ou des diplômes d'officiel ?

Non  Oui : .....

## Parcours scolaire :

Diplômes obtenus :

DNB (collège)  CAP  BEP  BAC

Autres : .....

Classes fréquentées :

- A la rentrée 2016-2017 : .....
- A la rentrée 2017-2018 : .....

*Institut de Formation pour la Performance*

## DOCUMENTS À FOURNIR

	<b>Pièces obligatoires pour le dossier d'inscription</b>	<b>Réservé à l'INFP</b>
	Dossier d'inscription complété, daté et signé	
	Photo d'identité récente à coller sur la 1 <sup>ère</sup> page	
	Photocopie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport	
	Fiche engagement du stagiaire	
	Lettre du Président du club d'accueil	
	Fiche engagement d'un tuteur du club d'accueil	
	Fiche autorisation parentale pour les mineurs	
	Fiche sanitaire	
	Certificat médical attestant de la capacité du candidat à suivre la formation, datant de moins de 3 mois	
	Copie éventuelle du diplôme d'Assistant Club	
	Copie éventuelle du diplôme de l'ENF1-Sauv'nage	
	Une copie éventuelle, à minima, du diplôme de Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC 1) ou son équivalent (Le PSC 1 ou son équivalent est exigé, à minima, uniquement pour la délivrance du diplôme)	
	Chèque(s) de règlement de la formation à l'ordre de « la Fédération Tahitienne de Natation »	

**Nombre de candidats : 12 minimum et 20 maximum (en parcours complet)**

### COUT DE LA FORMATION :

- **Sans la formation PSC 1 : 54 500 XPF**
- **Avec la formation PSC 1 : 64 500 XPF**

*Institut de Formation pour la Performance*

## ENGAGEMENT DU STAGIAIRE

Je soussigné (e)..... confirme mon engagement pour la durée de la formation dispensée en vue de l'obtention du Brevet Fédéral 1<sup>er</sup> degré.

Fait à : ....., le .....

Signature du Responsable Légal  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

J'accorde le droit à l'INFP d'utiliser mon image ou (pour les mineurs) celle de mon/ma fils/fille prénommé(e)..... à des fins uniquement promotionnelles de la formation, sur tout support, y compris web et internet.

Je reconnais, ne pas disposer de droits d'examen ou d'approbation de l'usage des images, ne pouvoir prétendre à aucune indemnisation, ni émettre aucune réclamation résultant de la modification, l'altération et/ou la déformation (intentionnelle ou non) de mon image ou (pour les mineurs) de celle de mon enfant.

De son côté, l'INFP s'engage à ne pas porter atteinte à la personne du stagiaire, ni faire usage commercial de l'image du stagiaire.

Fait à : ....., le .....

Signature du Responsable Légal  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

*Institut de Formation pour la Performance*

## ENGAGEMENT DU TUTEUR

Nom et Prénom du Tuteur : .....

Diplôme Fédéral : ..... Diplôme d'Etat : .....

Mail : ..... Tél. Portable : .....

Je soussigné(e) ..... en qualité de .....

N° de Diplôme ....., m'engage à assurer la fonction de tuteur auprès de

..... lors de son stage de mise en situation

pédagogique du Brevet Fédéral 1<sup>er</sup> degré au sein du Club de

..... et d'en assurer le suivi administratif qui en découle.

Le stagiaire BF1, interviendra à la piscine de .....

auprès du groupe ....., aux jours et horaires suivants : .....

.....

.....

.....

Le stage pratique sera bien effectué dans le cadre d'un club de la FTN engagé dans la

démarche ENF. Le groupe sur lequel se déroule le stage en situation a pour objectif la

validation des compétences et des habilités motrices au niveau exigé par le diplôme.

Ce stage peut débuter dès l'entrée en formation BF1. Le stagiaire BF1 pourra encadrer

son groupe en autonomie pédagogique dès lors qu'il aura répondu aux exigences des

prérequis à la mise en situation pédagogique.

Je m'engage à être présent à la réunion d'information des tuteurs de l'INFP le vendredi 23

mars au bureau de la FTN.

Fait à : ....., le .....

Signature du Tuteur

Précédée de la mention « lu et approuvé »

*Institut de Formation pour la Performance*



## FICHE SANITAIRE (pour les mineurs)

NOM : .....  
Date de Naissance : .....

Prénom : .....  
Lieu de naissance : .....

### VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé)

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	non	Date
-------------------------	-----	-----	-------------------	------------------------	-----	-----	------

-Diphtérie  
-Tétanos  
-Poliomyélite  
ou DT polio  
ou Tétracoq  
-B.C.G

-Hépatite B  
-Rubéole  
-Coqueluche ou DT polio  
  
-Autres (préciser) .....

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  non  
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (dans leurs boîte d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

### **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'Enfant va-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole       Varicelle       Angine       Scarlatine       Coqueluche  
 Otite       Rougeole       Oreillons       Rhumatisme articulaire aigu

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (dans leurs boîte d'origine, avec la notice et marquées au nom de l'enfant).

### Allergies :

Médicamenteuse..... Asthme.....  
Alimentaire..... Autres.....

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

Fait à : ....., le .....

Signature du Responsable Légal  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

*Institut de Formation pour la Performance*

## AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents (ou responsable légal de l'enfant). Si celle-ci défaut, ils devront demander l'autorisation au Juge des Enfants ou au Procureur de la république.

Cette attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné(e), M./Mme .....

Responsable légal de l'enfant .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Autorisation le médecin consulté, en cas d'urgence, à pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

.....

Né (e) le : .....

N° de DN CPS : .....

N° de mutuelle et nom (photocopie) : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Tel : ..... Portable : .....

Fait à : ....., le .....

Signature du Responsable Légal  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

*Institut de Formation pour la Performance*



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

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)

*Institut de Formation pour la Performance*

B.P 1794 – 98 713 Papeete – TAHITI – POLYNESIE FRANÇAISE

Tel.: (689) 89 420 410

infp.ftn@gmail.com / N° TAHITI 281 220