

# Moniteur Sportif de Natation



## DOSSIER D'INSCRIPTION 2025-2026

187 heures centre CAEN  
88 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

<b>Date limite d'inscription</b>	<b>22/08/2025</b>
<b>Date du positionnement</b>	<b>27/09/2025</b>
<b>Date début formation</b>	<b>11/10/2025</b>
<b>Date fin de formation</b>	<b>20/06/2026</b>

Le dossier d'inscription est à déposer ou à envoyer au format papier avant le 22 septembre 2025 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.**

#### E.R.F.A.N. Normandie

Adresse Péricentre 4 – 147 rue de la Délivrande – 14000 Caen    Tel : 02.31.75.04.19  
SIRET : 348 517 046 00044    Code APE : 9312Z    Déclaration Préalable : 251401188814A  
Site internet ERFAN : [www.erfan-normandie.com](http://www.erfan-normandie.com)    Email : [erfan@ffnormandie.com](mailto:erfan@ffnormandie.com)  
Association Loi de 1901 déclarée auprès du Préfet de la région



## 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**

LOCHU Maëlle

Tel 02.31.75.04.19

erfan@ffnormandie.com

**Référente handicap**

LEGRANDOIS-  
DELAMARE Hélène

Tel 02.31.75.04.19

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

<input type="checkbox"/> Le présent dossier de candidature complété	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un chèque de 80 € correspondant aux frais administratifs d'inscription à l'ordre de « ERFAN Normandie » (non remboursé en cas d'annulation d'inscription) a moins que vous effectuiez un virement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> La photocopie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 photo d'identité récente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accord du Président de la structure d'accueil pour l'accueil du stagiaire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> L'engagement du tuteur de la structure d'accueil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une attestation de prise en charge des frais pédagogiques (uniquement si votre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation du test de sécurité complété par un maître-nageur sauveteur (fiche en fin de dossier) si non titulaire du BNSSA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Une extraction de la base de donnée fédérale d'une performance en compétition officielle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ou une copie d'un Brevet Fédéral de la Fédération française de natation à jour de la formation continue	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un extrait de casier judiciaire bulletin n°3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un <b>chèque de caution de 825€ (non encaissé)</b> , correspondant à 30% du montant de la formation à l'ordre l'ERFAN Normandie (hors contrat d'apprentissage)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si financement personnel un ou plusieurs chèques du montant total de la formation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Les conditions générales de vente et le règlement intérieur paraphés et signés	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si le candidat est mineur, la fiche d'autorisation parentale et la fiche sanitaire	<input type="checkbox"/>



**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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

**DOSSIER COMPLET  
DOSSIER INCOMPLET**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



## 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).			
<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 :



## Votre cursus de formation scolaire et universitaire

Salarié du club  Oui  Non

Demandeur  
d'emploi Inscrit au  Oui  Non  
Pôle Emploi

Scolaire ou  Oui  Non

Bénévole  Oui  Non

Les frais de formation seront réglés par :

Mon club                       Moi-même                       OPCO

## Votre cursus de formation

**Suivi d'études scolaires**  Troisième  Seconde  Première  Terminale

Diplôme scolaire le plus haut \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_

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

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

Diplôme universitaire le plus haut \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_

**Suivi de formations**  Oui  Non

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

Titre professionnel le plus haut \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_\_

*(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 ? \_\_\_\_\_



## € 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 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 .....

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 .....  
(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 \_\_\_\_\_ Lieu de \_\_\_\_\_  
Sexe  Fille  Garçon

### LES VACCINATIONS

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

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
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 :

Prénom :

Commune :



Téléphone portable :

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

## 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 au titre à finalité professionnelle « Moniteur Sportif de Natation »** ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné,

M./Mme....., candidat(e) à cette certification, 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))
- au suivi de la formation
- et à l'exercice de ces activités.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit

Fait à ..... le ..... (Signature et cachet du médecin)

### **INFORMATIONS AU MEDECIN :**

A - Activités pratiquées au cours de la formation :

Le(la) candidat(e) au titre à finalité professionnelle « Moniteur sportif de natation » est amené à :

- Encadrement de séances d'apprentissage de la natation et de séances d'entraînement en natation course, eau libre, natation artistique, plongeon et water-polo. A l'exclusion de la surveillance des lieux de pratique.
- Assurer la sécurité des pratiquants de son groupe. A ce titre, il doit être en capacité :
  - o d'intervenir en milieu aquatique en cas d'accident ou d'incident ;
  - o de rechercher une personne immergée ;
  - o d'extraire une personne du milieu aquatique.

B - Test lié aux exigences préalables à l'entrée en formation :

- Test de sécurité: il consiste à parcourir Le test de sécurité, réalisé 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) consiste en :
  - o départ libre du bord du bassin ;
  - o un parcours en nage libre ;
  - o une plongée dite "en canard" et recherche d'un mannequin réglementaire immergé à 25 mètres du point de départ à une profondeur minimale de 1,80 mètre ;
  - o une remontée du mannequin jusqu'à la surface ;
  - o 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 ;
  - o la sortie de l'eau de la victime seul ou à deux.
- Selon le profil du candidat avoir réalisé une performance en compétition ou justifier d'une pratique sportive ou de loisir au sein de la Fédération française de natation.

C - Dispositions particulières pour les personnes présentant un handicap : la réglementation du diplôme prévoit que la Fédération française de natation et son référent handicap 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. Une procédure est disponible à l'adresse suivante : <https://www.ffnatation.fr/formations/moniteur-sportif-de-natation-2024>  
Dans le cas où le médecin constate une contre-indication liée à un handicap, il le mentionne sur le certificat et oriente le(la) candidat(e) vers le dispositif mentionné ci-dessus.