

## **Formation Brevet Fédéral 2<sup>ème</sup> Degré**

### **Description :**

Les titulaires du Brevet Fédéral 2<sup>ème</sup> degré ont pour vocation à encadrer des enfants en vue de l'acquisition du Pass'sport de l'eau et du Pass'competition. Ces intervenants s'inscrivent dans le cadre des orientations fédérales ainsi qu'avec le projet pédagogique du club et notamment celui de l'École de Natation Française.

Ces interventions sont bénévoles et elle s'inscrivent dans une logique de travail en équipe pour :

- Encadrement des activités vers l'acquisition de l'ENF 2 et de l'ENF 3.
- Participer au fonctionnement du club, à son projet sportif et d'animation.
- Assurer la sécurité des pratiquants de son groupe.

### **Labellisation et convention d'objectif des clubs :**

La formation de l'encadrement est une des composantes essentielles de la labellisation et de la convention d'objectif des clubs.

### **Formation continue :**

Une formation continue du BF 2<sup>ème</sup> degré est obligatoire tous les deux ans pour la mise à jour de son diplôme. Les deux années sont comptabilisées en année civile.

La formation continue s'adresse aux personnes licenciées. Elle comprend une journée de secourisme, de sécurité et de pédagogie.

## **PRE-REQUIS A L'ENTREE EN FORMATION**

Pour entrer en formation le stagiaire doit :

- Avoir 16 ans minimum
- Être licencié à la Fédération Française de Natation
- Être titulaire à minima de PSC 1
- Être titulaire de BF 1<sup>er</sup> Degré
- Être titulaire du Sauv'nage. A défaut de pouvoir produire ce diplôme le candidat devra réaliser une attestation du test, comprenant l'enchaînement suivant :

-Une entrée libre dans l'eau,

-Un déplacement ventral sur 25 mètres,

-Un déplacement dorsal sur 25 mètres,

-Effectuer une recherche d'objet dans une profondeur supérieure à sa taille.



## **Formation Brevet Fédéral 2<sup>ème</sup> Degré**

### **Contenu de la formation Brevet fédéral 2 :**

Formation en centre :	134 heures
Travail personnel :	26 heures
Stage en situation pédagogique au sein du club :	60 heures
Accompagnement lors de déplacement :	8 heures

### **Responsable de Formation :**

Besson Rémi, agent de développement de la ligue PACA.

### **Planning de formation :**

- La formation débutera le 11 mars 2019 et elle se terminera le 23 décembre 2019.

### **Lieu de Formation :**

Les cours auront lieu à l'IMSAT, 311 avenue François Arago Campus de la Grande Tourrache 83 130 La Garde.

### **Coût de la formation :**

- 1 100 € frais pédagogiques et administratifs.

Des possibilités de restaurations et d'hébergements seront proposées aux stagiaires après inscription.

Pour une éventuelle prise en charge veuillez contacter Mr Rémi Besson.

**Date limite d'inscription :**

Les dossiers d'inscription sont à renvoyer au plus tard le **mardi 15 janvier 2019.**

**Renseignement :**

Après de Mr Besson Rémi 06 62 75 46 34

[remi.besson@natation-paca.org](mailto:remi.besson@natation-paca.org)

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**Formation Brevet Fédéral 2<sup>ème</sup> Degré**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

NOM : ..... Sexe : .....

Prénom : ..... Nationalité : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : ..... Portable : .....

Mail : .....

Club : ..... N° de Licence : .....

Pré-apprentissage :       oui                       Non

**Diplômes :**

- Premier secours Civique niveau 1 (PSC 1)
- Premier Secours en Équipe niveau 1/2 (PSE 1/2) et sa remise à niveau annuelle.
- Brevet National de Sécurité et Sauvetage Aquatique (BNSSA)
- Brevet d'État, Brevet Professionnel (BEES, BP JEPS ou plus)

- Diplômes Assistant/Évaluateur ENF :     ENF 1                     ENF 2                     ENF 3
- Tests ENF :     Sauv'nage                     Pass'sports de l'eau                     Pass'compet
- Autres diplômes : .....
- Titre d'officiel: lequel et spécialité : .....

**Votre rôle au sein du club :**

Quel est votre discipline ?.....

Depuis combien d'année ?.....    Meilleur niveau de pratique ?.....

Avez vous déjà encadré un groupe de nageur ?

OUI                                     NOM

Quelle catégorie d'âge ?.....

Si oui quel Niveau ? .....

Autres fonctions : .....

**Parcours scolaire :**

Classe fréquentée à la rentrée 2017/2018 : .....

Diplômes obtenus :

Brevet des collèges             CAP                                     BEP

BAC                                     Autres : .....



**FICHE CLUB**  
**Formation Brevet Fédéral 2<sup>ème</sup> Degré**

Nom du club : .....

Adresse, CP, Ville : .....

**LE TUTEUR**

NOM, Prénom : .....

E-mail : ..... Tel : .....

Diplôme et date d'obtention :  
..... N° de diplôme : .....

M'engage à assurer la fonction de tutorat de : .....

Lors de son stage de mise en situation pédagogique du Brevet fédéral 1er degré au sein  
du club : .....

Date et signature du tuteur

**LE PRESIDENT**

NOM, Prénom : .....

E-mail : ..... Tel : .....

Avis (précisant l'engagent, l'expérience du stagiaire au sein du club) :

.....  
.....  
.....  
.....

Je coche si le club prend en charge le coût de la formation du stagiaire.

Date, signature et cachet du Président :

## **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

### **UNIQUEMENT 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.

#### **1 - ENFANT**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

GARÇON

FILLE

#### **2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>DATES DES DERNIERS RAPPELS</b>	<b>VACCINS RECOMMANDÉS</b>	<b>DATES</b>
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

#### **3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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.



**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

<p align="center"><b>RUBÉOLE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>VARICELLE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>ANGINE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>SCARLATINE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>
<p align="center"><b>COQUELUCHE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>OTITE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>ROUGEOLE</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p align="center"><b>OREILLONS</b></p> <p>Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	

**ALLERGIES : ASTHME** Oui  non

**MÉDICAMENTEUSES** Oui  non

**ALIMENTAIRES** Oui  non

**AUTRES** \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)**

.....

.....

.....

.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....PRÉNOM .....

ADRESSE .....

.....

.....

NUMEROS DE TELEPHONE :

MERE : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

PERE : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, 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).

Date :

Signature :



**FICHE ADMINISTRATIVE**  
**Formation Brevet Fédéral 2<sup>ème</sup> Degré**

**Pièces obligatoires pour le dossier d'inscription :**

- la fiche de renseignement du stagiaire
  - la fiche club
  - Un certificat médical
  - La fiche sanitaire de liaison pour les mineurs
  
  - un virement bancaire à la ligue PACA de Natation en précisant la nature du virement.  
(RIB ci-dessous)
- \*Sauf si vous bénéficiez d'une prise en charge par la ligue ou par un autre organisme en transmettant l'attestation de prise en charge.
- attestation de licence FFN
  - copie des différents diplômes (BF 1, secourisme, ENF et autres)
  - copie des tests ENF (sauv'nage, etc)

**Date limite d'inscription : 15 janvier 2019**

**Dossier à renvoyer à :**

[remi.besson@natation-paca.org](mailto:remi.besson@natation-paca.org)

Relevé d'Identité Bancaire



CAISSE D'ÉPARGNE  
CEPAC

Cadre réservé au destinataire du relevé

Identification du compte pour une utilisation nationale						
11315	00001	08002270533			93	
c/Etabl.	c/guichet	n/compte			c/rib	
Domiciliation					BIC	
CAISSE D'ÉPARGNE CEPAC					CEPAFRPP131	
Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)						
FR76	1131	5000	0108	0022	7053	393

**Agence**  
DEV ECONOMIQUE MARSEILLE EST

IMMEUBLE LE BOURBON 2  
RUE DE LA VALLEE VERTE

13011 MARSEILLE  
TEL :

**Intitulé du compte**  
LIGUE REGIONALE DE LA FEDERATION  
FRANCAISE DE NATATION PACA

31 RUE MARX DORMOY

13004 MARSEILLE 4