

Demande de reconnaissance de qualifications obtenues dans les pays de l'union Européenne ou hors de l’Union Européenne

Je soussigné(e),

demande par la présente la reconnaissance de(s) mon(mes) diplômes d’enseignement dans la discipline de la Voile afin d’obtenir le Certificat de Qualification Professionnelle Initiateur Voile.

Je certifie l’exactitude des informations fournies dans le présent dossier.

Date de la demande :

Signature :



Demande de reconnaissance de qualifications obtenues dans les pays de l'union Européenne ou hors de l’Union Européenne

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

IDENTIFICATION DU CQP FAISANT L’OBJET DE LA DEMANDE

Numéro RNCP du CQP : **38800**

Intitulé du CQP : **Initiateur Voile**

DOCUMENTS NECESSAIRES A L’INSTRUCTION DU DOSSIER

Joindre les copies des documents suivants :

* Copie d’une pièce d’identité
* Attestation de niveau technique en voile permettant une navigation en autonomie sur le support concerné
* Attestation de formation aux gestes de premiers secours
* Attestation de nation, justifiant de sa capacité à savoir nager vingt-cinq mètres et à s'immerger
* Certificat de conduite d’un bateau moteur
* Justificatifs d’expériences professionnelles (attestations employeurs)
* Traduction du programme de formation détaillé en français

DIPLOME(S) OBTENU(S) LIE(S) A LA DEMANDE DE RECONNAISSANCE

JOINDRE LES COPIES DES DIPLOMES ET TOUT AUTRE DOCUMENT UTILE POUR L’APRECIATION DU DOSSIER

Intitulé du diplôme #1 :

Pays de délivrance du diplôme :

Organisme de délivrance :

Année(s) de la formation :

Durée de la formation (en heures) :

Descriptif du diplôme et contenus de formation (traduit en français) :

Intitulé du diplôme #2 :

Pays de délivrance du diplôme :

Organisme de délivrance :

Année(s) de la formation :

Durée de la formation (en heures) :

Descriptif du diplôme et contenus de formation (traduit en français) :

Intitulé du diplôme #3 :

Pays de délivrance du diplôme :

Organisme de délivrance :

Année(s) de la formation :

Durée de la formation (en heures) :

Descriptif du diplôme et contenus de formation (traduit en français) :

AVIS D’EXPERTISE DE LA DEMANDE PAR LE DELEGATAIRE (CADRE RESERVE)

FAIT A :

LE :

NOM DU DELEGATAIRE :

NOM PRENOM :

SIGNATURE :

VALIDATION DE L’OC SPORT (CADRE RESERVE)

Après vérification des éléments présentés, l’Organisme Certificateur de la branche du sport se prononce :

* **Favorablement à la demande d’équivalence**
* **Défavorablement à la demande d’équivalence**

Fait à ALFORTVILLE, le

Pour l’OC SPORT

La Présidence

