



Je Soussigné(e): NOM..... Prénom :

Epouse : Nat. : Sexe :

Date et Lieu de naissance : Départ. :

Adresse permanente :

..... Tél.portable :

Adresse mail :

Diplôme de GUIDE obtenu en (année) :

LISTE DE 20 CANYONS (Minimum 3.3.II) Cotation <http://www.ffme.info/canyon/site.php>.

Aucune moyenne de cotations n'est acceptée.

N°	Nom des Canyons	Département	COTATION Minimum 3.3.II	Date	Participants
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

LISTE DE 5 CANYONS (Minimum 4.4.III)

Issues de la liste : <https://www.ensa.sports.gouv.fr/sites/default/files/2020-03/ENSA-DE-Canyon-Listes-canyon-2020.pdf>

N°	Nom des Canyons	Départ.	COTATION Minimum 4.4.III	Date	Participants
1					
2					
3					
4					
5					

Fait à : Le :

Signature du candidat (1)

(1) Le candidat fera précéder sa signature de la mention suivante :

« le candidat soussigné déclare sur l'honneur que le compte-rendu ci-dessus est strictement exact ».

Pièces à annexer au dossier :

- Une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité
- Une copie de votre diplôme de guide de haute montagne

**ECOLE NATIONALE
DE SKI ET D'ALPINISME**
B.P. 24
Tél. 04 50 55 30 30

**D.E. JEPS PERFECTIONNEMENT SPORTIF
MENTION CANYONISME**

ATTESTATION DE NATATION

Je soussigné(é) :

NOM, Prénom du titulaire du BEESAN ou MNS :

Titulaire du BEESAN ou MNS n° :

Carte professionnelle n° :

Délivré le :

Certifie que : Mme, M. :

A satisfait aux épreuves suivantes :

- Réalisation d'un parcours de cinquante mètres en nage libre avec départ plongé
- Récupération d'un objet immergé à deux mètres de profondeur

Ces épreuves ont été réalisées le :

A (adresse et ville) :

Fait à Le.....

Signature et cachet (piscine)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour : Mme, M.

Né(e) le : A.....

Demeurant :

.....

et n'avoir constaté à cette date aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique
du **Canyonisme**.

Fait à Le

(Cachet et signature du Médecin)