PROCEDURE DE DEMANDE D’EQUIVALENCE

DE LA COMPETENCE ANTEOR

1. CADRE REGLEMENTAIRE

Certains licenciés de par leurs qualifications peuvent prétendre à détenir la compétence ANTEOR par équivalence. Ces qualifications et les conditions de délivrances sont relatées dans le tableau ci-dessous. L’équivalence n’est possible qu’à condition de détenir au préalable la compétence RIFAP.

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifications | Compétences ANTEOR |
| E1 | oui\* |
| E2 | oui\* |
| E3 | oui\* |
| E4 | oui\* |
| Médecin licencié | oui |
| Infirmier hyperbare | oui |
| Infirmier anesthésiste. | oui |
| PAE F PSC ou PAE3 | oui\* |
| PAE F PS ou PAE 1 | oui\*\* |

\*à condition de détenir le certificat de compétence PSE1 (ou un diplôme admis en équivalence) et de présenter une attestation de formation continue en cours de validité.

\*\* à condition de présenter une attestation de formation continue en cours de validité.

1. PROCEDURE

Les demandes sont centralisées par le responsable technique ou secourisme du CODEP. Les informations de chaque candidat sont relatées dans le tableau en annexe 1 du présent document. L’ensemble du dossier comprenant :

* L’annexe 1
* Pour chaque candidat inscrit :
* La photocopie du/des diplôme(s) qui confère(nt) l’équivalence ;
* Pour les titulaires de la PAE F PSC / PAE F PS, l’attestation de formation continue en cours de validité ;
* Pour les titulaires du PSE1 (ou un diplôme admis par équivalence) l’attestation de la formation continue en cours de validité ;
* Le règlement du montant correspondant au nombre de cartes.

ANNEXE 1 à la procédure de demande d’équivalence de la compétence ANTEOR

L’ensemble des documents est à renvoyer au responsable secourisme de la CTR Bourgogne Franche Comte :

Jean-Luc FOLLEVILLE, 83 allée des Mimosas 01290 CROTTET.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | licence | Nom du club | Numéro du club | Nom du CODEP | Numéro du CODEP | Qualification(s) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*Mme . Mr Prénom Nom*

Président(e) du comité départemental

FFESSM

Du *département*