

**DECLARATION DES BNSSA SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE
DES ETABLISSEMENTS DE BAINADE D'ACCES PAYANT
A RENOUVELER TOUS LES ANS**

(Articles D.322-13 et A.322-10 du Code du Sport)

Déclaration à effectuer au SDJES du lieu de sa principale activité.

I - ETAT CIVIL

NOM : (d'usage) Prénom(s) :

NOM (patronyme) :

Date et Lieu de Naissance : Nationalité :

.....
(précisez le département)

Adresse :

Tél. :

Courriel

II - DIPLOMES :

Diplôme : N° :

Date et lieu de délivrance :

Dernière Révision : *(date et lieu de délivrance de l'attestation ou du certificat d'aptitude)*

III - ACTIVITES DE SURVEILLANCE

Etablissement(s) et Lieu(x) d'exercice(s) :

Nature des fonctions assurées :

Activité occasionnelle ou saisonnière : Oui Non Si non précisez :

.....

Période d'exercice : du au

Lieu d'exercice de l'année précédente: *(facultatif)*

Fait à, le

Signature :

Pièces à joindre obligatoirement :

- Copie de la carte d'identité en cours de validité (recto-verso)
- Copies du diplôme du BNSSA et de l'attestation de révision si le diplôme a été obtenu il y a plus de 5 ans
- Certificat médical datant de moins de 3 mois (modèle joint – annexe III-9 de la partie réglementaire du Code du Sport)
- Copie du diplôme du PSE1 et de l'attestation de révision annuelle

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour assurer l'enseignement et la surveillance d'un établissement de bain
(Annexe III-9 de la partie réglementaire du Code du Sport)

M.N.S. - B.E.E.S.A.N. - B.N.S.S.A.

Je, soussigné,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

M

et avoir constaté qu'il ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement de la Natation et du Sauvetage ainsi qu'à la Surveillance des usagers des établissements de baignade d'accès payant.

Ce sujet n'a jamais eu de perte de connaissance ou de crise d'épilepsie et présente en particulier une aptitude normale à l'effort, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voix normale à cinq mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

Fait à _____, le _____

(signature et cachet du médecin)

ACUITE VISUELLE

Sans correction :

Une acuité visuelle de **4/10** en faisant la somme des acuités visuelles de chaque oeil mesurées séparément soit au moins : **3/10 + 1/10** ou **2/10 + 2/10**

Cas particulier :

Dans le cas d'un oeil amblyope, le critère exigé est : **4/10 + inférieur à 1/10**

Avec correction :

Soit une correction amenant une acuité visuelle de **10/10** pour un oeil, quelle que soit la valeur de l'autre oeil corrigé (supérieur à 1/10) ;

Soit une correction amenant une acuité visuelle de **13/10** pour la somme des acuités visuelles de chaque oeil corrigé, avec un oeil corrigé au moins à 8/10.

Cas particulier :

Dans le cas d'oeil amblyope le critère exigé est : **10/10** pour l'autre oeil corrigé.

Ce certificat est RENOUELABLE tous les ans