|  |  |
| --- | --- |
| *Affaire suivie par : Jérôme MALGOUYAT**Tél : 05.17.84.04.12 / 06.07.07.26.42**Mél : jerome.malgouyat@ac-poitiers.fr* | **DOSSIER A RETOURNER A** Carte-pro-bnssa-sdjes86@ac-poitiers.frouSDJES de la VienneRectorat de Poitiers – DSDEN 22 rue Guillaume VII le Troubadour CS 40625 – 86022 POITIERS CEDEX |

**DÉCLARATION DES PERSONNES SOUHAITANT**

**ASSURER LA SURVEILLANCE DES ETABLISSEMENTS DE**

**BAIGNADE D’ACCES PAYANT**

Articles D.322-13 et D 322-10 du code du sport

[ ] Première déclaration dans le département

[ ] Renouvellement de déclaration dans le département

**ETAT CIVIL**

[ ]  Madame [ ]  Monsieur

Nom de naissance :

Nom d’usage :

Prénom(s) :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Mél :

**Pour les personnes nées à l’étranger :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du père : prénom(s) :  |  | Nom de naissance de la mère : prénom(s) :  |

**BNSSA**

Numéro de diplôme du BNSSA :

Date de délivrance :

Lieu de délivrance :

Dernière révision (date et lieu de délivrance du certificat d’aptitude) :

**ACTIVITES DE SURVEILLANCE**

Lieu(x) d’exercice (Nom et adresse):

Période(s) d’exercice :

Fait à le

**Signature**

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER**

* une copie de pièce d'identité en cours de validité (recto et verso la carte nationale d’identité ou passeport) ;
* une copie du diplôme du BNSSA
* une copie de l'attestation de recyclage du BNSSA pour les diplômés **ou** recyclages de plus de 5 ans.
* le certificat médical réglementaire (annexe III-9 code du sport) datant de moins de 3 mois (document en annexe du présent formulaire).

**CERTIFICAT MEDICAL - BNSSA**

**Annexe III-9 du code du sport**

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M...

et avoir constaté qu'……. ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique 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 voie normale à 5 mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

A le

Signature Cachet

Acuité visuelle :

Sans correction :

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

Cas particulier :

Dans le cas d'un œil 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 œil, quelle que soit la valeur de l'autre œil corrigé (supérieur à 1/10) ;

― soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque œil corrigé, avec un œil au moins à 8/10