

**Service Départemental à la Jeunesse,
à l'Engagement et aux Sports**

**DECLARATION DES PERSONNES SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE DES
ETABLISSEMENTS DE BAINADE D'ACCES PAYANT
(BNSSA délivré après le 28 août 2007)
(Articles D.322-13 et A.322-10 du Code du Sport)**

I) ETAT CIVIL :

NOM : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Mail :

II) DIPLOMES :

Numéro du BNSSA :
Date et lieu de délivrance :
Dernière révision (date et lieu de délivrance du certificat d'aptitude) :
.....

III) ACTIVITES DE SURVEILLANCE :

Lieu(x) d'exercice :
Période d'exercice :
Fait à, le

Signature :

Pièces à joindre obligatoirement :

- Copie de la Carte d'Identité Nationale ou autre pièce d'identité
- Copie du diplôme et de l'attestation de recyclage s'il y a lieu (recyclage quinquennal)
- Copie du PSE 1 en cours de validité
- Certificat médical datant de moins de trois mois (annexe III-9 de la partie réglementaire du code du sport)

Cette demande est à renouveler tous les ans

Demande à envoyer à :

**Service Départemental à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports (DSDEN84)
2, avenue de la Folie – Services de l'État en Vaucluse – Préfecture (SDJES) - 84905 Avignon
Cedex 9 – Tél. 04 90 27 76 00**

**Service Départemental à la Jeunesse,
à l'Engagement et aux Sports**

CERTIFICAT MEDICAL
Article A.322-10 du Code du Sport (Annexe III-9)

Un certificat médical établi moins de trois mois avant la date du dépôt du dossier est exigé pour tout candidat titulaire du Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique

Je soussigné _____

Docteur en médecine, certifie avoir examiné à ce jour M _____

et avoir constaté /qu'il, qu'elle/ 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 voix normale à 5 mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

A _____ le _____

Signature et cachet du médecin

ACUITE VISUELLE

SANS CORRECTION

Une acuité 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 : $4/10 +$ inférieure 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 (supérieure 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 cadre d'un oeil amblyope, le critère est : 10/10 pour l'autre oeil corrigé.