

PRÉFET DE LA CÔTE-D'OR

**Demande d'inscription à l'examen 2019
du Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique (BNSSA)
session des 14 et 16 mai 2019 (CREPS et piscine de Chenove)**

Document à retourner avant le 19 avril 2019 à l'adresse suivante :

PRÉFECTURE DE LA COTE D'OR

Direction des Sécurités

53 rue de la Préfecture

21041 Dijon cedex

☎ : 03.80.44.66.60

✉ : sandrine.da-silva@cote-dor.gouv.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

M, Mme, Melle ⁽¹⁾

NOM (en lettres capitales) :

Prénom :

Nom marital :

Date et lieu de naissance :

Adresse complète :

Téléphone :

Courriel :



Vous devez impérativement joindre à votre demande :

- une attestation de formation au BNSSA émanant d'un organisme ou d'une association habilité,
- une copie du certificat de compétences de secouriste - PSE 1 (ou une attestation si celui-ci ne vous a pas encore été délivré) ou un titre équivalent, **ainsi qu'une attestation de formation continue annuelle correspondante si votre diplôme a été obtenu avant l'année 2016,**
- le certificat médical ci-joint dûment renseigné par un médecin, daté de moins de 3 mois à la date de l'examen,
- une copie de votre pièce d'identité,
- pour les mineurs de plus de 17 ans, une autorisation rédigée et signée par la personne ou l'institution investie de l'autorité parentale ou du droit de garde ;
- une copie du jugement pour les mineurs émancipés;
- 1 enveloppe 22x11 + 1 enveloppe 21x29,7 (pour l'envoi de votre diplôme), timbrées et libellées à votre nom et adresse

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

PSE1 :

n° et date du diplôme initial :

Formation continue du (*si PSE1 obtenu avant 2015*) :

Organisme de formation :

Préparation au BNSSA

Dates :

Organisme de formation :

Situation de famille :**Profession :** (*préciser l'administration de tutelle ou les références de l'employeur*)**Diplômes et brevets sportifs détenus :****Observations éventuelles :**

à

le

Signature du candidat

B.N.S.S.A 2019

CERTIFICAT MÉDICAL

Le certificat médical doit être établi moins de trois mois avant la date de l'examen

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M, Mme, Melle ⁽¹⁾

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage aquatique, ainsi qu'à la surveillance des usagers de l'établissement de natation.

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 (prothèse auditive tolérée) et une acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

ACUITÉ VISUELLE

✓ **Sans correction**

Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/10 pour chaque œil.

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.

Cas particulier

Dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est 10/10 pour l'autre œil corrigé

La vision nulle à un œil (énucléation par exemple) est une contre-indication

Fait à, le
(signature et cachet du médecin)

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile