



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DU HAUT-RHIN

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations du Haut-Rhin

DÉCLARATION DES PERSONNES SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE BAIGNADE D'ACCÈS PAYANT

(Articles D.322-12 et A. 322-10 du code du sport)

N° : _____ (attribué par la DDCSPP)

Nom :

Prénom :

Nom d'épouse :

Date :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Adresse email :

Téléphone portable :

DIPLÔMES

Diplôme :

Date et lieu de délivrance :

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

ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE

Lieu d'exercice :

Période d'exercice :

Fait à :

le :

Signature :

PIÈCES À JOINDRE :

- La copie du diplôme BNSSA et révision quinquennale, si nécessaire
- une photocopie : **soit** de la carte nationale d'identité en cours de validité (recto et verso), **soit** du passeport en cours de validité, **soit** du livret de famille, **soit** de l'extrait de l'acte de naissance (autre document exclu)
- un certificat médical de non contre-indication de moins de trois mois (**modèle normalisé ci-joint OBLIGATOIRE**)
- copie révision formation continue annuelle secourisme

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

Cité administrative – Bâtiment C

3 rue Fleischhauer – 68 026 COLMAR CEDEX

Tél : 03 89 24 83 74 - ddcsp@haut-rhin.gouv.fr



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DU HAUT-RHIN

CERTIFICAT MÉDICAL

établi moins de trois mois avant la date de dépôt du dossier, exigé pour toute personne titulaire du Brevet National de Sécurité et Sauvetage Aquatique

Je soussigné (e) _____ docteur en médecine, certifie avoir

examiné ce jour Madame, Monsieur _____ et avoir

constaté qu'..... ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de 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 visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

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 l'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 corrigé 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.

Fait à : _____ le : _____

(Signature et cachet du médecin)