



FICHE D'INSCRIPTION BNSSA

FORMATION le / / **Lieu** :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél.portable : E-mail :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Profession :

Date d'obtention du PSE1 :/...../..... Organisme formateur :

DATE / / SIGNATURE :

Autorisation Parentale obligatoire pour les Mineurs

Je soussigné(e)
représentant légal de
autorise ce(tte) dernier(e) à s'inscrire et à participer à la session de formation BNSSA organisée par
l'association BLANCHE 78, qui se déroulera à : le / /
deh àh
Fait à : SIGNATURE :
le : / /

Montant des droits d'inscription à la session : 350 €

Choix du mode de paiement :

Chèque N°.....Banque : à l'ordre de **CROIX BLANCHE 78**

ou

Virement bancaire (lors du virement indiquez dans l'objet vos NOM et PRENOM en référence)

Important Joindre à cette fiche :

- Le paiement des droits à la session (*ce dernier reste acquis à l'association en cas de désistement moins d'un mois avant le début de la formation.*)
- 1 Enveloppe format A4 libellée à votre adresse, affranchie en Recommandé AR (Poids 30g, 5,20€ env)
- Photocopies du diplôme PSE1 et attestation Recyclage PSE1 en cours de validité
- Photocopie de la carte d'identité Recto/Verso sur une seule page
- La fiche de renseignements Préfecture, ci-jointe, complétée
- Le certificat médical, ci-joint, remplis par votre médecin

Yvelines Formations se réserve la possibilité d'annuler un stage en raison d'effectif insuffisant.

Toute candidature ne pourra être considérée comme définitive qu'à réception du dossier d'inscription et du règlement adressé à : **CROIX BLANCHE78 3 rue Mansart Groupe Scolaire de la Haïse 78370 Plaisir**

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE		CROIX BLANCHE 78	
B.P.R.O.P BANQUE POPULAIRE		BANQUE: 18707	GUICHET: 00052 CLÉ RIB: 70
C.CIAL BRIGITTE		COMPTE: 09221564025	BIC : CCBPFRPPVER
78370 PLAISIR		IBAN: FR76 18707000520922156402570	
Tél : 01 30 55 57 83			

**PREFECTURE DES YVELINES
CABINET
SERVICE INTERMINISTERIEL
DE DEFENSE ET DE PROTECTION CIVILE**

**BNSSA
BREVET NATIONAL DE
SECURITE ET DE
SAUVETAGE AQUATIQUE**

FICHE DE CANDIDATURE

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS PRISE EN COMPTE

**A remplir en lettres capitales
Cocher la case appropriée**

M	Nom
Mme	Nom de jeune fille
	Prénom

**Masculin
Féminin**

Date de naissance **Lieu de naissance**

Adresse
Code postal **Ville**

Profession

Téléphone domicile
Téléphone portable

Date d'obtention du BNSSA
Dates des recyclages éventuels

Fait Le
Signature

**ORGANISME FORMATEUR
CROIX BLANCHE 78
3 rue Mansart 78370 PLAISIR**

A joindre à la présente :

- **Photocopie du PSC 1 ou PSE 1 ou PSE 2 et recyclage éventuel**
- **Photocopie du BNSSA et recyclage éventuel**
- **Photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité**
- **Certificat médical**

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour toute candidature au Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique (et Recyclage)

BNSSA

Je soussigné,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mr Mme Melle :

Et n'avoir constaté aucune contre indication apparente à la pratique de la **natation**, du **sauvetage** et de la **surveillance** des usagers des lieux de bains.

Ce sujet présente en particulier une **aptitude normale à l'effort**, une **acuité auditive** lui permettant une voix normale à cinq mètres et une **acuité visuelle** conforme aux exigences ci-dessous.

Fait à :

Le :

Cachet et Signature

Ce certificat doit être établi moins de TROIS mois avant la date de l'examen

ACUITE VISUELLE

Sans correction

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**.

Avec correction

Soit une correction amenant une acuité visuelle de **10/10** pour un œil quelque 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 de **10/10** pour l'autre œil corrigé.

Ce document peut être complété par tout médecin généraliste