



DOSSIER D'INSCRIPTION BREVET NATIONALE DE SÉCURITÉ ET DE SAUVETAGE AQUATIQUE

FORMATION INITIALE & FORMATION CONTINUE

- Remplir le dossier d'inscription
- Photo identité
- Copie de la carte d'identité recto / verso
- Certificat médical de non contre-indication du dossier
- Paiement (en ligne, chèque, espèces)
- Formation continue : copie du diplôme initiale BNSSA
- Formation continue : copie du dernier recyclage BNSSA
- Formation continue : FC PSE 1

DATE DE FORMATION :

Identité du stagiaire	
Nom :	Prénom :
Homme : <input type="checkbox"/> Femme : <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Département de naissance :	Nationalité :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
E-mail :	
Tel. Portable :	Tel. Fixe :
Profession :	
Avez vous des problèmes de santé et/ou des antécédents médicaux ? Si oui, avez vous des besoins ?	
Présentez vous un handicap (moteur, psychique, visuel, auditif...)? Si oui, avez vous des besoins ?	
Si stagiaire non majeur / contact pour une urgence.	
Père	Mère
Nom :	Nom :
Nom :	Prénom mère :
Tel. Portable :	Tel. Portable
Tel. Fixe :	Tel. Fixe :
E-mail :	E-mail
Profession :	Profession :
Tarifs	
Formation initiale BNSSA	350 € net de TVA
Formation continue BNSSA	85 € net de TVA
EXAMEN BNSSA	65 € net de TVA
Règlement : en ligne, chèque, espèces	

CERTIFICAT MEDICAL

LE CERTIFICAT MÉDICAL DOIT ÉTABLI MOINS DE 3 MOIS AVANT LA DATE DE DÉPÔT DU DOSSIER ET EST EXIGÉ POUR TOUT CANDIDAT AU BNSSA OU À L'EXAMEN DE RÉVISION DE CE BREVET.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour M. et avoir constaté qu'il (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 cinq mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

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 (supérieure 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'œil amblyope, le critère exigé est 10/10 pour l'autre œil corrigé.

A _____, le _____ (Signature et cachet du médecin)

Engagement du sauveteur

" En tant que Sauveteur je m'engage a " :

- Etre à l'heure
- Agir dans le respect des règles de citoyenneté
- Etre serviable et au service des autres
- Etre solidaire
- Avoir l'esprit d'équipe
- Avoir l'esprit sportif
- Etre loyal et juste
- Etre respectueux des autres
- Etre respectueux de l'encadrement
- Etre respectueux du matériel et des locaux mis à ma disposition

Signature du sauveteur :

Matériel obligatoire dès l'entrée en formation

Eau plate (piscine)	Côtier (mer & sable)
<ul style="list-style-type: none"> - maillot de bain (sort interdit) - lunettes de piscine - serviette de bain - bouteille d'eau - palmes Piscine BNSSA 	<ul style="list-style-type: none"> - vêtements de sport - combinaison - serviette de bain - bouteilles d'eau - palmes côtier (DAFIN, VIPER ...)

Droit à l'image

J'autorise l'association ASSPB (Association de Sauvetage et de Secourisme du Pays Bigouden) à utiliser mon image ou celle de mon enfant sur support papier ou internet pour la présentation ou l'illustration des activités du club et j'autorise les médias/la presse à utiliser des photos où figurerait mon image ou celle de mon enfant dans le cadre d'un article/reportage sur le club. Aucune indemnité financière ne pourra être réclamée.

Oui

Non

Hospitalisation / Autorisation pour les mineurs

J'autorise, en cas d'accident, l'hospitalisation de mon fils / ma fille (rayer la mention inutile) par les responsables des entraînements dans l'établissement public ou privé le mieux adapté.

Fait à :

Le / /

Signature :

Toute activité commencée est due, il ne sera effectué aucun remboursement.

Tout cours non suivi est perdu. Tout dossier incomplet sera rejeté.

Dès votre inscription, vous devenez licencié FFSS et adhérent ASSPB.

STAGIAIRE

Nom, prénom :

Secteur, fonction :

Inscrire une note dans la case correspondante

LE FORMATEUR	Très insatisfait 1 à 2	Insatisfait 3 à 5	Satisfait 6 à 8	Très satisfait 9 à 10	Commentaires
---------------------	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------

<i>Maîtrise du sujet</i>					
<i>Qualités pédagogiques</i>					
<i>Le formateur s'adapte au niveau du groupe</i>					
<i>Relation entre formateur et participants</i>					

LA FORMATION	Très insatisfait 1 à 2	Insatisfait 3 à 5	Satisfait 6 à 8	Très satisfait 9 à 10	Commentaires
---------------------	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------

<i>Objectifs décrits en début de formation atteints?</i>					
<i>Equilibre entre les parties théoriques et pratiques</i>					
<i>Formation en adéquation avec vos besoins ?</i>					
<i>Cette formation répond-elle à vos attentes ?</i>					
<i>Durée de la formation</i>					
<i>Qualité des documents</i>					

	Très insatisfait 1 à 2	Insatisfait 3 à 5	Satisfait 6 à 8	Très satisfait 9 à 10	Commentaires
SATISFACTION GLOBALE					

Inscrire une note dans la case correspondante

NIVEAU CONNAISSANCES	Faible 1 à 2	Moyen 3 à 5	Bon 6 à 8	Très bon 9 à 10	Commentaires
Avant le stage					
Après le stage					