

## FORMATION CONTINUE BREVET DE SURVEILLANT DE BAINNADE

Mr  Mme  Mlle

NOM  PRENOM

DATE DE NAISSANCE  LIEU DE NAISSANCE  DEPT

NATIONALITE  ADRESSE

CODE POSTAL  VILLE

EMAIL\*

TELEPHONE\*

- Obligatoire



Particuliers : **85€** Professionnels : **110 €**

Comprenant : Licence FFSS et repas du midi

Les frais pédagogiques sont payables à l'inscription par chèque à l'ordre de l'ACSS, à envoyer à ACSS Colmar – Maison des associations, 6 rte d'Ingersheim - 68000 Colmar, encaissés après le début de stage ou par virement bancaire.

**Seul le paiement finalise l'inscription définitive !**

Pour tous stages pris en charge par un organisme ou une association, une convention devra être établie au moins 15 jours avant le début du stage accompagnée d'un chèque de caution par le stagiaire dans l'attente du règlement par l'organisme ou l'association.

**VIREMENT : joindre le justificatif de transfert avec la feuille d'inscription**

**IBAN : FR76 1027 8032 2400 0202 4000 168 BIC : CMCIFR2A**

**LIBELLE : FCBSB+NOM DU CANDIDAT + DATE DE LA FORMATION**

En cas d'annulation du stage par l'association pour insuffisance de candidats ou pour toutes autres raisons indépendantes de sa volonté, le stagiaire sera avisé et les frais remboursés intégralement

- **Je prends bonne note qu'en cas d'absence, d'abandon, quelle que soit la raison, il ne serait fait aucun remboursement des sommes versées.**
- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et y souscrire ainsi que des conditions de modifications éventuelles.
- Ci-joint chèque N° de la somme de : .....à l'ordre de l'ACSS

Fait à Colmar le :

Signature (Lu et approuvé)

### Vend.27 JUIN 2025

De 8h à 12 h et 13 à 17H



Salle réunion Patinoire  
PISCINE

Stade nautique Colmar  
15 Rue robert Schumann - Colmar



06.28.40.76.52



**FOURNIR COPIE BSB**



# CERTIFICAT MEDICAL TYPE OBLIGATOIRE

---

*Formulaire exigé pour tout candidat.*

***Ce certificat devra être établi moins de dix mois avant la date d'examen.***

Je soussigné, .....  
Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour, M .....  
et avoir constaté que cette personne ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation  
et du sauvetage, ainsi qu'à la surveillance des usagers des établissements d'accueil de collectifs de Mineurs

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 et 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 mesuré 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 + inférieure 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 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.*

A, ..... le .....

Signature et cachet