

REVISION QUINQUENNALE - BNSSA

Mr

Mme

Mlle

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

LIEU DE NAISSANCE

DEPT

NATIONALITE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

EMAIL *

TELEPHONE*

*Obligatoire

Présentez-vous un handicap ? OUI NON

Si oui, lequel :



27 avril 2024

De 8h à 18h

Date limite d'inscription : 20 mars



Maison des associations / Stade Nautique
Colmar



06.28.40.76.52



La révision du BNSSA nécessite de réelles capacités physiques et aquatiques. La préparation en amont de la formation est vivement conseillée.

Joindre :

**-Copie de la dernière formation continue
PSE1 valide et BNSSA
- dossier examen complet**

Particuliers : **150€**

Professionnels : **200 €**

Comprend : FC PSE1 + FC BNSSA

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 : FCBNSSA+NOM DU CANDIDAT + DATE DE LA FORMATION

- 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)



www.ffss.fr

BREVET NATIONAL DE SECURITE ET SAUVETAGE AQUATIQUE

DEMANDE D'INSCRIPTION
POUR LA SESSION D'EXAMEN DU :
13 mai 2024

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Ecrire en lettres capitales et lisiblement

PHOTO
A Coller
Ici

NOM Prénom

Né(e) le à CP

Sexe M - F

PROFESSION

ADRESSE

..... Tél.

Courriel :

Date d'obtention AFCPSAM / PSE1 Formation continue

Date d'obtention CFAPSE/PSE 2 Formation continue

AUTORISATION PARENTALE POUR LES CANDIDATS MINEURS

Je soussigné(e) père et /ou mère

Autorise mon fils/ma fille à participer à l'examen du BNSSA

SIGNATURE PARENTALE



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 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 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 + 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 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