



FORMATION INITIALE BREVET DE SURVEILLANT DE BAINNADE

Mr Mme Mlle

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE DEPT

NATIONALITE ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

EMAIL

TELEPHONE

Etes-vous en situation de handicap : OUI NON Si oui lequel

Particuliers : 400€

Professionnels : 500 €



Prix incluant : formation de 35h, licence assurance FFSS , le livre de formation ,
présentation et frais d'examen PSC1+BSB , frais de gestion

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, encaissé après le début de stage ou par virement bancaire.

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 du règlement. Le stagiaire devra joindre un chèque de caution dans l'attente du règlement par l'organisme ou l'association.

Nos locaux sont accessibles pour les personnes à mobilité réduite.

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

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

LIBELLE : FIBSB+NOM DU CANDIDAT + DATE DE LA FORMATION

- Je prends bonne note qu'en cas 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)

**Du lun. 20/06 au
ven. 24 JUIN 2022**

de 8h à 12 h et 14 à 17H



Siege ACSS/stade nautique de
Colmar
ACSS :

6 rte d'ingersheim , Maison des
associations , salle 2.2, 2°etage
PISCINE

Stade nautique Colmar
Rue robert Schumann - Colmar



06.28.40.76.52



L'examen se fera à l'issue de la
formation le vendredi 24 JUIN



www.ffss.fr

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 oeil mesuré séparément : soit au moins 3/10 + 1/10 ou 2/10 + 2/10

Cas particulier : *Dans le cas d'un oeil 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 oeil quelle que soit la valeur de l'autre oeil corrigé (supérieure à 1:10)
- soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque oeil corrigé, avec un oeil corrigé au moins à 8/10.

Cas particulier : *Dans le cas d'un oeil amblyope, le critère exigé est 10/10 pour l'autre oeil corrigé.*

A, le

Signature et cachet