



## 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

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

Particuliers : 70€ Professionnels : 90 €



**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 aux 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 : 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

- 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)

### Vend 24 JUIN 2022

de 8h à 12 h et 14 à 18H



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



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 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