

PRÉFECTURE DE LA HAUTE VIENNE

**DÉCLARATION DES PERSONNES
SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE DES
ÉTABLISSEMENTS DE BAINNADE D'ACCÈS PAYANT**

Cadre réservé à la DSDEN - SDJES

N°de référence : _____
Date d'envoi de l'attestation : _____

Cadre légal et réglementaire :

Articles D. 322-13 et A. 322-10 du code du sport (textes disponibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr)

Dossier à compléter et à déposer (ou à adresser) à la:

Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale
Service Départemental à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports
13, rue François Chénieux
CS 13123
87031 LIMOGES CEDEX 1

Mail : corinne.robert@ac-limoges.fr

NOM (en lettres capitales) : _____

Prénom : _____

**DÉCLARATION DES PERSONNES SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE
DES ÉTABLISSEMENTS DE BAINADE D'ACCÈS PAYANT
(Articles D. 322-13 et A. 322-10 du code du sport)**

I – Etat civil

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Domicile :

Tél : Courriel :

II – Diplômes

Diplôme :

Date et lieu de délivrance :

Dernière révision (date et lieu de délivrance du certificat d'aptitude ou de l'attestation de réussite à l'examen de contrôle du BNSSA) :

.....
.....

III – Activités de surveillance

Lieu(x) d'exercice :

Date de début d'exercice :

Fait à, le

Signature

Pièces à joindre :

- copie du B.N.S.S.A et de la révision quinquennale, s'il y a lieu
- copie du certificat de compétences de secourisme
- copie de l'attestation de formation continue annuelle de secourisme
- un certificat médical (ci-inclus) datant de moins de trois mois (annexe III-9 de la partie réglementaire du code du sport)
- copie de la carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité (recto et verso)

CERTIFICAT MÉDICAL

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 5 mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

- **sans correction**

- une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme de l'acuité visuelle de chaque œil, mesurée 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.

Fait à le,

Signature et cachet du médecin