

## Dossier d'inscription recyclage BNSSA

**Etat civil :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal:..... Commune : .....

Mail :.....@ .....

Tél : .....

Date de naissance :...../...../..... Lieux de naissance : .....

Numéro du BNSSA :.....:.....

.....

Numéro, date et lieu d'obtention du PSE 1, ou d'un titre équivalent : .....

.....

## Pièce à fournir pour la formation au BNSSA :

1. Photocopie de la pièce d'identité (recto-verso)
2. Certificat médical mentionnant votre aptitude à la pratique de la natation (prendre le modèle en fin du dossier d'inscription)
3. Recyclage à jour du PSE1
4. Photocopie du PSE 1

## Coût du recyclage 90 euros

Le Coût comprend la licence, l'accès à l'entraînement (illimité) ainsi que les frais d'inscription à la DDCS

**Règlement par chèque à l'ordre de l'Association Aquatique Normande ou par virement**

**Association Aquatique Normande**

**14 avenue Pasteur Résidence le Lys 14150 Ouistréham**

Contact : [associationaquatiquenormande@gmail.com](mailto:associationaquatiquenormande@gmail.com) site internet : [www.asso-aquanormande.fr](http://www.asso-aquanormande.fr)

## Certificat médical pour la formation au BNSSA

*Le certificat médical doit être établi moins de trois mois avant la date de dépôt du dossier.*

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné, ce jour, M. Mme Mlle (1).....

Et avoir constaté- qu'il/elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage aquatique, ainsi qu'à la surveillance des usagers de l'établissement de natation- qu'il/elle 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 (prothèse auditive tolérée) et une acuité visuelle conformes aux exigences suivantes

ACUITE VISUELLE

### Sans correction

Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesuré séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/10 pour chaque œil, 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 de 4/10 + inférieur à 1/10.

### Sans 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 au moins à 8/10.

### Cas particulier

Dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est de 10/10 pour l'autre œil corrigé. La vision nulle à un œil (énucléation par exemple) est une contre-indication.

Fait à, ..... le .....

(Signature et cachet du médecin)

(1) rayer les mentions inutiles

Association **A**quatique **N**ormande



Association Aquatique Normande

---

Contact : [associationaquatiquenormande@gmail.com](mailto:associationaquatiquenormande@gmail.com) site internet : [www.asso-aquanormande.fr](http://www.asso-aquanormande.fr)



Numéro de Siret : 824 311 146 00016 code APE : 8559B

Numéro de déclaration d'activité : **28140305714**

