



**PRÉFET
DU RHÔNE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**RÉGION ACADÉMIQUE
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**DECLARATION DES PERSONNES TITULAIRES DU B.N.S.S.A.
(délivré après le 28 août 2007)
SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE
DES ETABLISSEMENTS DE BAINADE D'ACCES PAYANT DANS LE RHONE**

Réf : articles D.322-13, A.322-9, A.322-10 et A.322-11 du code du sport

Cette déclaration est à renouveler à chaque changement de lieu d'exercice.

AVEC DEMANDE DE DEROGATION (cochez la case **UNIQUEMENT si concerné)**

La dérogation est nécessaire pour les titulaires du B.N.S.S.A exerçant en autonomie dans les baignades d'accès payant.

→ Elle ne peut être délivrée pour une période inférieure à 1 mois ou supérieure à 4 mois lors de l'accroissement saisonnier, sous réserve que l'exploitant de l'établissement nautique puisse justifier un recrutement préalable de personnel portant le titre de MNS.

→ Elle peut être retirée à tout moment en cas d'urgence ou d'atteinte à la sécurité des personnes (article A.322.11 du code du sport)

- JOINDRE :**
- Photocopie de la carte nationale d'identité
 - Photocopie du PSE1 ou PSE2 en cours de validité ou attestation de recyclage PSE1 ou PSE2.
 - Photocopie du BNSSA
 - Photocopie du dernier recyclage quinquennal du BNSSA
 - Certificat médical ci-joint dûment complété

ETAT CIVIL :

NOM de Naissance Prénom :

Date de Naissance : **Lieu**

Adresse : **CP :** **Ville**

Téléphone : **Courriel :**

Lieu d'exercice :

Employeur :

ACTIVITES DE SURVEILLANCE SOUS DEROGATION (1 mois minimum, 4 mois maximum)

Période (s) d'exercice	Lieu d'exercice	Employeur

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration.

Fait à

le

signature

CERTIFICAT MEDICAL

(conformément à l'article A.322-10 et à l'annexe III-9 du code du sport)

Rappel de la réglementation : un certificat médical établi moins de trois mois avant la date de dépôt de dossier est exigé pour toute personne titulaire d'un brevet national de sécurité et sauvetage aquatique.

Je soussigné (e).....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 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 voie 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 des acuités visuelles de chaque œil mesurées 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 (supérieur 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

Fait à

le

2022

signature
