

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

*Se déclarer auprès du SDJES du lieu de sa principale activité (décret n° 2010-630 du 8 juin 2010)*

**I Etat civil**

NOM : ..... ; NOM d'époux/se ou d'usage : .....

Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : .....

Domicile : .....

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

Téléphone portable : ..... ; Courriel : .....

**II Diplômes**

Diplôme : .....

Date et lieu de délivrance : .....

Dernière révision (date et lieu de délivrance du certificat d'aptitude) : .....

**III Activités de surveillance**

Lieu(x) d'exercice : .....

Période d'exercice : .....

Fait à ..... ; le.....

*Signature*

Pièces à joindre :

- Copie de la carte nationale d'identité (recto/verso) ou passeport,
- Copie du BNSSA et le cas échéant, du recyclage quinquennal,
- Copie du PSE1 ou 2 et le cas échéant, de l'attestation de recyclage annuel,
- Certificat médical datant de moins de 3 mois (modèle ci-joint).

Contact SDJES 75 – pôle sport : 01 40 77 55 00 - [sdjesparis-pole-sport@ac-paris.fr](mailto:sdjesparis-pole-sport@ac-paris.fr)

Annexe III-9

CERTIFICAT MÉDICAL

**Un certificat médical, établi moins de trois mois avant la date de dépôt du dossier, est exigé pour toute personne titulaire du Brevet National de Sécurité et Sauvetage Aquatique.**

Je, soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné, ce jour :

**NOM :** ..... ; **Prénom :** .....

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 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 de 8/10.

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

La vision nulle à un œil (énucléation par exemple) est une contre-indication.

Fait à ..... ; le.....

(signature + cachet)