A adresser par mail à :
administration@ibsa-formation.com

Paiement à adresser par courrier à :
IBSA Formation
Lieudit Pont Bilio, 56250 Elven

Dossier d'inscription - BNSSA 2024

NOM : ..... **NOM DE NAISSANCE :** .....

PRÉNOM : ..... **SEXE :** ☐ **M** ☐ **F**

DATE DE NAISSANCE : ..... **LIEU DE NAISSANCE :** .....

NATIONALITÉ : ..... **TÉL:** .....

ADRESSE : .....

CP: ..... **VILLE :** .....

MAIL : .....

Pour quelle(s) raison(s) envisagez-vous de réaliser cette formation BNSSA ? .....
.....
.....

DATE DE LA FORMATION : DU 26 AU 30 AOÛT 2024

Informations :

Les candidat.e.s au BNSSA ont l'obligation de passer les **Premiers Secours en Equipe de Niveau 1 (PSE1)** avant de passer l'examen du BNSSA.

Durée du BNSSA : 35h

DOCUMENTS À FOURNIR :

- Dossier d'inscription BNSSA complété
- Le certificat médical ci-joint signé et tamponné
- Photocopie du certificat des Premiers Secours en Equipe de Niveau 1 (PSE1) ou un titre équivalent, et la formation continue à jour
- Photocopie recto/verso signée de votre carte d'identité
- Règlement de 500€ par chèque à l'ordre d'IBSA Formation ou par virement :
  FR76 1600 6070 1100 8062 6237 419 Code BIC : AGRIFRPP860

A adresser par mail à :
administration@ibsa-formation.com

Paiement à adresser par courrier à :
IBSA Formation
Lieudit Pont Bilio, 56250 Elven

Certificat médical - BNSSA

Attention, ce certificat médical devra être daté de moins de 3 mois à la date de validation de l'examen final, soit au plus tôt daté du 30 mai 2024.

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mme ou Mr .....

Né(e) le ..... à .....

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage, ainsi qu'à la surveillance des usagers des lieux de bains.

Ce sujet présente en particulier une aptitude normale à l'effort, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voix normale à 5 mètres et une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous.

Fait à ..... le .....

Signature du médecin

Tampon du médecin (obligatoire)

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 corrigé au moins à 8/10

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