

**Piscine municipale**

**Avenue de la Caramoun**

**11370 LEUCATE**

**Tél. : 04 68 40 09 31**

**www.leucate.fr**

**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**BREVET NATIONAL DE SECURITE ET DE SAUVETAGE AQUATIQUE**

**2023**

**FORMATION INITIALE**

Photo d’identité

Copie de la carte d’identité recto / verso

Copie de la carte vitale

Certificat médical de non contre-indication à la formation (voir modèle en annexe)

RIB

**TARIFS FORMATION INITIALE BNSSA : 460 €**

Comprenant :

Formation Initiale PSE 1 (35h), réglementation (10h) et examen : 280 €

Stage(s) et entraînements à la piscine de Leucate : 180 €

Cette formation est dispensée gratuitement si le stagiaire s’engage en contrepartie à assurer la surveillance des plages de la commune pour le compte du SDIS de l’Aude pendant une durée de 2 mois (60 jours effectifs) pour la saison estivale 2024. Elle est facturée à 50% si le stagiaire n’assure qu’un seul mois (31 jours effectifs) sur la saison 2024 et en totalité à défaut.

Le candidat est préalablement soumis à un test aquatique afin de s’assurer des prérequis minimum pour le suivi de la formation.

**MATERIEL OBLIGATOIRE DES L’ENTREE EN FORMATION**

**Eau plate (piscine)** : maillot de bain (short interdit), lunettes de piscine, serviette de bain, bouteille d’eau, palmes piscine BNSSA, tuba.

**IDENTITE DU STAGIAIRE**

Nom : …………………………………………………………Prénom : …………………………………………………………..

 Homme Femme

Date de naissance : …………………………………….Lieu de naissance : ………………………………………….

Département de naissance : ……………………….Nationalité : ……………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………

Code postal : ……………………………………Ville : ….………………………………………………………………………..

E-mail : ……………………………………………………………….@.................................................................

Tel. Portable : …………………………………Tel. Fixe : ……………………………………………………….…………….

Statut / situation professionnelle : …………………………………………………………………………………………

Avez-vous des problèmes de santé et/ou des antécédents médicaux ? ……………………………...….

Si oui, avez-vous des besoins spécifiques ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Présentez-vous un handicap (moteur, psychique, visuel, auditif…)? ……………………………………….

Si oui, avez-vous des besoins spécifiques ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**SI STAGIAIRE MINEUR : contacts en cas d’urgence et autorisations parentales**

**Père Mère**

Nom : ……………………………………………………… Nom : ………………………………………………..……

Prénom : …………………………………………………. Prénom : ………………………….……………………..

Tel. Portable : ………………………………………….. Tel. Portable : …………………………………………

J’autorise mon fils / ma fille (rayer la mention inutile) à participer à la formation BNSSA.

J’autorise, en cas d’accident, l’hospitalisation de mon fils / ma fille (rayer la mention inutile) par les responsables des entrainements dans l’établissement public ou privé le plus adapté.

Nom / Prénom du (ou des) responsable(s) légal (aux) : ………………………………………………………………………………………………………………………..……………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..………………………

Demeurant :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Lien de parenté avec l’enfant : …………………………………………………………………………………………………………….

Nom / Prénom de l’enfant : ……………………………………………………………………………………………………………

Né (e) le : ………………………………..……………………à : …………………………………………….……………………

Fait à̀ : …………………………………………………………Le : …………………………………………………………………..

**Signature du (ou des) responsable(s) légal (aux):**

**ENGAGEMENT SAUVETEUR**

**En tant que futur sauveteur je m'engage à :**

o Etre à l'heure

o Agir dans le respect des règles de citoyenneté

o Etre serviable et au service des autres

o Etre solidaire

o Avoir l'esprit d'équipe

o Avoir l'esprit sportif

o Etre loyal et juste

o Etre respectueux des autres

o Etre respectueux de l'encadrement

o Etre respectueux du matériel et des locaux mis à ma disposition

**DROIT A L’IMAGE**

J’autorise la commune de Leucate à utiliser mon image ou celle de mon enfant sur support papier ou internet pour la présentation ou l’illustration des activités de l’équipement et j’autorise les médias/la presse à utiliser des photos où figurerait mon image ou celle de mon enfant dans le cadre d’un article/reportage sur la piscine municipale. Aucune indemnité́ financière ne pourra être réclamée.

Oui Non

**DEMANDE D’INSCRIPTION A LA FORMATION**

Je certifie l’exactitude de l’ensemble des renseignements mentionnés

Je sollicite mon inscription à la formation BNSSA organisée par la commune de Leucate. Si ma candidature est acceptée, une convention formalisant les modalités précises de la réalisation de cette formation sera signée entre les parties.

**Fait à : …………………., le ….. / ….. / …… Signature du stagiaire :**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie afin d’assurer le traitement nécessaire à l’exécution des mesures précontractuelles et à l’établissement de la relation contractuelle entre la ville de Leucate et les candidats. La base légale du traitement est l’exécution d’une convention (mesures précontractuelles). Les données collectées seront communiquées aux seuls personnels habilités de la mairie en charge de leur traitement. Les données sont conservées deux ans à compter de la demande d’inscription puis éliminées. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit à la portabilité de vos données, votre droit à l’effacement ou à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : dpd@mairie-leucate.fr. Consultez le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**CERTIFICAT MEDICAL**

*LE CERTIFICAT MÉDICAL DOIT ETRE ÉTABLI MOINS DE 3 MOIS AVANT LA DATE DE DÉPÔT DU DOSSIER ET EST EXIGÉ POUR TOUT CANDIDAT AU BNSSA OU À L’EXAMEN DE RÉVISION DE CE BREVET.*

Je soussigné ........................................................................................................., Docteur en médecine, certifie avoir examiné́ 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 de la baignade.

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 acuité́ auditive lui permettant d'entendre une voix normale à cinq mètres, ainsi qu'une acuité́ visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

**Sans correction :**

Une acuité́ 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 + inferieur à 1/10.

**Avec correction :**

* Soit une correction amenant une acuité́ 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 acuité́ 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'œil amblyope, le critère exigé est 10/10 pour l'autre œil corrigé.

A …. le ………………………………………………………………………

(Signature et cachet du médecin)