



CREPS PACA  
Site d'Aix en Provence  
ASSA



## Formulaire d'INSCRIPTION pour une session de Recyclage BNSSA

Afin de vous inscrire :

- remplissez les renseignements demandés en indiquant la date du stage choisi
- retournez cette page d'inscription avec titre de paiement
- **Retourner l'ensemble des documents demandés en annexe 1**

A l'adresse :

ASSA  
62 chemin du viaduc  
Pont de l'arc CS 70445  
13098 Aix en Provence Cedex 2

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance et département :** .....

**Adresse :**

.....

..... **tél :** .....

**Mail**.....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

Je soussigné(e),.....désire m'inscrire à la session du

Du 19 au 22 février 2019

Ou

Du 16 au 19 avril 2019

**Tarif**  120 euros stagiaire auto financé

160 euros stagiaire financé

La formation est financée par :

.....

Ces titres de paiement sont à libeller à l'ordre de : **ASSA**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Fait à ....., le .....signature

Contact mail : [assa.creps@gmail.com](mailto:assa.creps@gmail.com)

Contact téléphone secrétariat : 06 37 94 28 63

## ANNEXE 1 : Pièces à fournir

1.  Le présent dossier d'inscription
2.  Photocopie du BNSSA
3.  Le **certificat médical type** (annexe 2) daté de moins de 3 mois le jour du test d'entrée \*
4.  Photocopie du PSE 1 ou PSE 2 ou équivalent (CFAPSE, BNS option réa, AFCPSAM)
5.  La photocopie de l'attestation de formation continue du PSE année 2018
6.  La demande d'inscription au PSE 1 pour les candidats passant le PSE 1 au cours du stage BNSSA
7.  Titre de paiement à libeller à l'ordre de l' **ASSA**
8.  La photocopie d'une pièce d'identité

### Informations complémentaires

**\*Le certificat médical devra être également daté de moins de 3 mois le jour de l'examen**

Les places étant limitées, la date d'examen sera imposée par le formateur.

### **Lieu de stage**

La partie pratique se déroule à la piscine de BOUC BEL AIR.

**CERTIFICAT MEDICAL**

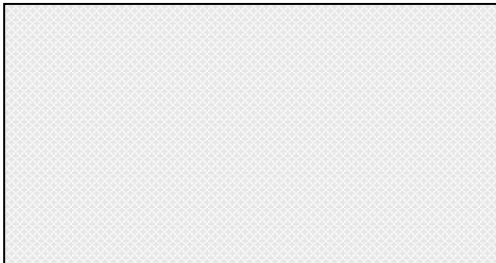
Je soussigné .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,  
Monsieur, Madame, Mademoiselle (I)

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 lieux de bains.

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 :

Tampon du médecin



Fait à..... le .....  
Signature

**Acuité visuelle :**

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 (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 10/10 pour l'autre œil corrigé.

(I) rayer la mention inutile

**Ce certificat doit être établi moins de trois mois avant la date d'examen**