



PREFET DU VAL-DE-MARNE

**Direction Départementale  
De la Cohésion Sociale**

Service des Politiques Jeunesse, Education  
Populaire, Vie Associative et Sport

**DECLARATION DES PERSONNES SOUHAITANT ASSURER LA SURVEILLANCE DES  
ETABLISSEMENTS DE BAINNADE D'ACCES PAYANT  
(Articles D. 322-13 du code du sport et. Décret 2010-630 du 8/06/2010)**

**A RENOUELER ANNUELLEMENT A LA DDCS DE VOTRE PRINCIPALE ACTIVITE**

N° .....(délivré par la DDCS du Val de Marne)

**I - Etat Civil**

NOM : .....Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Domicile.....

Tel : ..... 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 .....en trois exemplaires

**Signature**

**Pièces à joindre :**

- Copie de la CNI ou autre pièce d'identité ;
- Copie du diplôme du BNSSA et du recyclage quinquennal le cas échéant
- Copie de la dernière attestation annuelle de formation continue du PSE1 ou PSE2
- Certificat médical (**utiliser l'imprimé ci-joint**) datant de moins de 3 mois (annexe III-9 de la partie réglementaire du code du sport)

## CERTIFICAT MEDICAL

Article A.322-10 du Code du Sport

**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 :

**M. (Mme) :**.....

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 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 de 8/10.

Fait à ..... le .....

Cachet du médecin

Signature du médecin

