

# SAUVETEURS BEGLAIS

Fédération Française de Sauvetage et Secourisme

Mail : [sauveteurbeglais@gmail.com](mailto:sauveteurbeglais@gmail.com)

## FICHE D'INSCRIPTION BSB 2018/2019

### INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :	
CP + VILLE :	TELEPHONE :
E MAIL :	
PROFESSION :	SEXE : <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme

### ACTIVITE CHOISIE

SURVEILLANT DE BAIGNADE + PSC 1	<input type="radio"/>	220€
RÉVISION SURVEILLANT DE BAIGNADE (PSC 1 inclus)	<input type="radio"/>	110€
SURVEILLANT DE BAIGNADE SEUL (Titulaire du BSB depuis 2 ans maximum)	<input type="radio"/>	170€

### PIECES A JOINDRE

PIECES D'IDENTITE (Recto- verso)	<input type="radio"/>
COPIE DES DIPLOMES (Si BSB seul)	<input type="radio"/>
CERTIFICAT MÉDICAL (Utiliser celui en annexe)	<input type="radio"/>
Carte BSB (Si révision)	<input type="radio"/>
ENVELOPPE A4 timbrée avec 2 timbres à l'adresse du candidat	<input type="radio"/>

### REGLEMENT

MONTANT TOTAL	€
MODE DE REGLEMENT	CHEQUE (possibilité de régler en plusieurs fois)

Fait à

le

Signature

# SAUVETEURS BEGLAIS

Fédération Française de Sauvetage et Secourisme

Mail : [sauveteurbeglais@gmail.com](mailto:sauveteurbeglais@gmail.com)

**CERTIFICAT  
MÉDICAL  
BSB  
2018/2019**

***Un certificat médical est exigé pour tout candidat au brevet de surveillant de baignade ou à l'examen de révision de ce brevet.***

Je soussigné \_\_\_\_\_, docteur en médecine \_\_\_\_\_, certifie avoir examiné en ce jour du \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ et avoir constaté que cette personne ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage, ainsi qu'à la surveillance des usagers sur des lieux de 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 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 mesuré 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 de 10/10 pour l'autre œil corrigé.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature et cachet