Service Départemental à la Jeunesse,

à l’Engagement et aux Sports

2 G rue du général Delaborde

BP 87 428 - 21074 Dijon Cedex

[ce.sdjes21@ac-dijon.fr](mailto:ce.sdjes21@ac-dijon.fr)

Brigitte LANGEREUX : 03 45 62 75 90



**Déclaration des personnes désirant assurer la surveillance**

**des établissements de baignade d’accès payant (B.N.S.S.A.)**

**IMPORTANT :** Cette demande est à renouveler tous les ans

*Art. D322-12 à 14, Art. A322-9 à 11, Annexe III-9 du code du sport*

Toute personne titulaire du B.N.S.S.A désirant assurer la surveillance d'un établissement dans lesquels sont pratiquées des activités aquatiques, de baignade ou de natation ou dans lesquels ces activités font partie de prestations de services offertes en contrepartie du paiement d'un droit d'accès, qu'il soit ou non spécifique, doit en faire la déclaration au préfet du lieu de sa principale activité.

**ÉTAT CIVIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | | | | | | | | | | Prénom : | |  | | |
| Date de naissance : | | |  | | / |  | / |  | | | Lieu de naissance : | | |  | | |
| Adresse complète : | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Code postal : | | |  | | | | | | | | Ville : |  | | | |
| Numéro de téléphone : | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| Courriel : | |  | | | | | | | @ |  | | | | |  |

**ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Lieux(x) d’exercice : |  |
| Période d’exercice : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fait à : |  | , le |  |

Signature :

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**

* *Une photocopie recto-verso de la carte d’identité en cours de validité,*
* *Une copie du BNSSA et/ou certificat de révision (PSE1 tous les ans et recyclage BNSSA tous les 5 ans)*
* *Un certificat médical datant de moins d’un an dont le modèle est fixé à l’annexe III-9 du code du sport*

**

*Modèle*

***Effacer ou rayer les mentions inutiles***

**CERTIFICAT MEDICAL**

*Art. A322-10 et Annexe III-9 du code du sport*

|  |
| --- |
|  |

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour M/Mme

et avoir constaté qu'elle/il 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 :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fait à |  | , le |  |

Signature :

***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 (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 à 8/10.*

**CE CERTIFICAT MÉDICAL DEVRA ÊTRE RENOUVELER TOUS LES ANS.**

**A défaut de renouvellement,**

**l’intéressé ne peut assurer les fonctions mentionnées à l'article D. 322-13 du code du sport**



Préfecture de la Côte-d’Or

Direction des Sécurités

Bureau de la sécurité Civile

21041 Dijon Cedex

Cette demande est prévue dans le cadre de l’accroissement saisonnier des risques, ne peut être accordée pour un période d’emploi allant de **1 à 4 mois maximum.**

**DÉROGATION**

**à l’article A322-11 du Code du sport relatif à la surveillance des établissements de baignade d’accès payant pour du personnel titulaire du B. N. S. S. A. en l’absence d’un M. N. S.**

**PISCINE OU PLAN D’EAU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dénomination du lieu du bain : | | | |  |
| Adresse complète : | |  | | |
| Nom du propriétaire : | | |  | |
| Nom de l’exploitant : | | |  | |
| Employeur : |  | | | |

**PERSONNEL BNSSA POUR QUI EST DEMANDÉE L’AUTORISATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom – Prénom : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date et lieu de naissance : | | | | | le | |  | | / | |  | | | / |  | | |  | | à : | |  | | | | | | | | |
| Adresse du domicile : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date et lieu de délivrance du B. N. S. S. A. : | | | | | | | | | | | | | le | | |  | / | |  | | | / | |  | | | à : |  | |
| Période d’emploi : | | du | |  | | / | |  | | / | |  | | | au : | | |  | | | / | |  | | / |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fait à |  | , le |  | / |  | / |  |

Signature de l’exploitant :

**Justificatif** de l’impossibilité pour l’exploitant de recruter du personnel titulaire du titre de M. N. S (offre d’emploi, courrier d’organismes recruteurs ou formateurs comme Pôle Emploi, Fédération Nationale des MNS….)

**4**

**Certificat médical** (datant **de moins de 3 mois** dont le modèle est fixé à l’annexe III-9 du code du sport)

**3**

**Copie du BNSSA**

(certificat de révision tous les 5 ans si besoin)

**Copie du PSE1**

(recyclage tous les ans)

**Photocopie de la carte d’identité** en cours de validité

**2**

**1**

**Pièces constitutives du dossier de demande :**

*À déposer au moins 1 mois avant la date d’embauche du BNSSA*

*Démarche faite par l’employeur auprès de la Préfecture de Côte d’Or.*