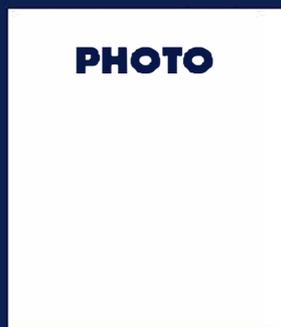




A S S O C I A T I O N  
**LE GRAND BLEU**

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
BNSSA**



Nom : .....

Nom de Jeune fille : .....

Prénom : .....

Nationalité : .....

Né(e) le : ..... à .....

Tél : .....

E-mail (majuscule) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Permis B : OUI / NON

Permis Bateau : OUI / NON

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 2024 / 2025

Nom : .....

Nom de Jeune fille : .....

Prénom : .....

Nationalité : .....

Né(e) le : ..... à .....

Tél : .....

E-mail (majuscule) : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Permis B : OUI / NON

Permis Bateau : OUI / NON

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

.....  
.....

Cochez la ou les formation.s que vous souhaitez suivre :	
<input type="checkbox"/> BNSSA initial (sans financement)	Tarifs : 450 € (avec kit palmes, masque et tuba)
<input type="checkbox"/> BNSSA recyclage	Tarifs : 250 €
<b>Modalités de paiement : Espèces, cartes</b>	

**i** Pour les candidats ne disposant pas du PSE 1, il est possible de vous y former au sein du Grand Bleu avant de suivre la formation BNSSA.

Fait à .....

Le .....

Signature

Contacts pour candidat mineur	
Père	Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Tel. Portable :	Tel. Portable
Tel. Fixe :	Tel. Fixe :
E-mail :	E-mail
Profession :	Profession :

### PREREQUIS :

- Être âgé(e) de plus de 17 ans pour passer l'examen ;
- Être déclaré apte médicalement pour suivre la formation et passer l'examen selon les exigences du certificat médical joint au présent dossier d'inscription ;
- Être titulaire du PSE 1, à jour de la formation continue ;
- Savoir bien nager et avoir une bonne condition physique ;
- Être en possession du matériel obligatoire précisé ci-dessous.

### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

#### *Les pièces administratives*

- La « **Fiche d'inscription** » et le « **Questionnaire** » ci-joints dûment complétés, accompagnés des pièces demandées
- La **photocopie lisible** Recto-Verso sur la même feuille de votre **CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ ou PASSEPORT**
- Le **CERTIFICAT MÉDICAL** récent (daté de moins de 3 mois), complété, daté et signé par le médecin avec le cachet du médecin. **MERCI** d'utiliser le document ci-joint (*cf. page 7*),
- **2 photos** d'identité (dont 1 collée sur le présent dossier, la deuxième portant votre nom et prénom au dos)
- Une attestation d'assurance en responsabilité civile
- L'autorisation de droit à l'image complétée et signée (*cf. page 8*)
- L'autorisation d'hospitalisation pour personnes mineures complétée et signée (*cf. page 9*)
- La Charte d'engagement du sauveteur signée (*cf. page 9*)
- Attestation Mission Local / France Travail

#### *Les diplômes ou attestations : les photocopies sont à fournir en fonction de votre parcours*

- L'attestation d'obtention du PSE1 et de son recyclage à jour



# QUESTIONNAIRE

A REMPLIR SOIGNEUSEMENT ET JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

## VOTRE SITUATION AU REGARD DE L'EMPLOI A L'ENTREE DE LA FORMATION

**VOUS ETES SALARIE(E)**

Votre fonction : .....

Votre employeur : .....

Adresse : .....

Type de contrat :  CDI  CDD

Du ..... au .....

**VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI**

Depuis le : .....

N° allocataire : .....

Agence Pole Emploi : .....

Nom du Conseiller : .....

Vous percevez :  ARE  ASS  RSA  
 Sans revenu

**PRISE EN CHARGE**

Montant de votre CPF : .....  
(connectez-vous sur  
<https://www.moncompteformation.gouv.fr/espace-prive/html/#/>)

Pouvez-vous bénéficier d'une prise en charge ?

OUI  NON  Ne sais pas

Si oui, par quel organisme :  
.....

Type de contrat :  CDI  CDD

Du ..... au .....

vous avez travaillé 24 mois durant les 5 dernières années (quelque soit le type de contrat)

vous avez travaillé 4 mois dans les 12 derniers mois

**VOUS ETES INSCRIT A LA MISSION LOCALE**

Nom de conseiller :  
.....

Adresse :  
.....  
.....  
.....  
.....

Téléphone : .....

e-mail : .....

## VOS ETUDES ET VOS DIPLOMES

### VOS ETUDES / DIPLOMES

Dernier diplôme obtenu :

- CAP / BEP       BAC       BAC+2  
 BAC+3 et plus       AUTRE : Précisez.....

.....  
 Dernière classe fréquentée : .....

Année : .....

Etablissement : .....

.....

### AUTRES DIPLOMES ET CERTIFICATIONS

Diplômes Jeunesse et Sport :

- BAFA       BAFD       Tronc commun  
 BAPAAT : .....  
 BEES : .....  
 BPJEPS : .....  
 AUTRES : .....

Diplômes fédéraux

- Arbitre       animateur       Initiateur  
 Moniteur       Entraîneur       Autre

Précisez le domaine : .....

.....

**Demande d'adaptation du parcours :**       non       oui

**Si oui :**       équivalence de diplôme

autre.....

**Explication de la demande d'adaptation de parcours**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VOTRE EXPERIENCE SPORTIVE ANTERIEURE

➤ **En tant que salarié :**

Année

Poste

Entreprise

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **En tant que bénévole :**

Année

Poste

Entreprise

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **En tant que pratiquant :**

Année

Poste

Entreprise

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## COMPETENCES INFORMATIQUES

Je sais :

Compétence	OUI	NON
Effectuer une recherche sur internet		
Envoyer des e-mails		
Envoyer des e-mails avec des pièces attachées		
Mettre en forme une lettre		
Faire un sommaire		

*Ces informations ne nous servent pas à vous sélectionner. Répondez honnêtement.*

### Contacts :

Pour toute question sur votre orientation, l'adéquation de la formation à votre projet professionnel ou tout besoin d'adaptation et d'aménagement :

Responsable administrative et insertion professionnelle:

[contact@legrandbleumarseille.com](mailto:contact@legrandbleumarseille.com)

Référent du Pôle Formation :

M. Mathias SINTES : [mathias.sintes@legrandbleumarseille.com](mailto:mathias.sintes@legrandbleumarseille.com)

## CERTIFICAT MEDICAL

De non-contre-indication à la pratique et à l'encadrement des activités aquatiques et nautiques.

***Ce certificat médical répond aux exigences de l'article A.322-10 du code du sport, dont le modèle est fixé à l'annexe III-9 du même code.***

*Le certificat médical doit être 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 examiné 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 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 voix normale à cinq 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 (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'œil amblyope, le critère exigé est 10/10 pour l'autre œil corrigé.

A ....., le .....  
(Signature et cachet du médecin)

## AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

*(Nom – Prénom du Candidat à la formation ou de son Responsable légal si personne mineure)*

Autorise Le Grand Bleu à utiliser mon image ou celle de mon enfant sur support papier ou internet pour la présentation ou l'illustration des activités de l'association et autorise les médias/la presse à utiliser des photos où figurerait mon image ou celle de mon enfant dans le cadre d'articles et/ou de reportage réalisés sur les activités de l'association.

Aucune indemnité financière ne pourra être réclamée en cas de diffusion d'images.

Fait à :

Le :     /     /

Signature :

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION

*Pour les personnes mineures*

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 de soins public ou privé le mieux adapté.

Fait à :

Le :     /     /

Signature :

## CHARTRE D'ENGAGEMENT DU SAUVETEUR

" En tant que Sauveteur je m'engage à :

- Être à l'heure
- Agir dans le respect des règles de citoyenneté
- Être serviable et au service des autres
- Être solidaire
- Avoir l'esprit d'équipe
- Avoir l'esprit sportif
- Être loyal et juste
- Être respectueux des autres
- Être respectueux de l'encadrement
- Être respectueux du matériel et des locaux mis à ma disposition. "

Signature du sauveteur :

### Informations importantes :

- ❖ **Tout dossier d'inscription incomplet sera rejeté.**
- ❖ **Le Grand Bleu se réserve le droit d'annuler une session de formation en cas d'effectif insuffisant.**
- ❖ **Toute activité commencée est due, il ne sera effectué aucun remboursement.**
- ❖ **Tout cours non suivi est décompté du nombre total de cours souscrit**