

## INSCRIPTION FORMATION et EXAMEN B.S.B.

Formation du 30/10/2023 au 03/11/2023

Nom : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

Adresse : .....

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

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

PHOTO

Email obligatoire : .....

### PIECES A FOURNIR :

- Dossier ci-joint dûment complété
- 1 photo d'identité collée sur cette fiche
- Copie lisible et en cours de votre **Carte Nationale d'Identité** recto-verso ou **passport** ou **livret de famille**.

**TARIFS : 270 € FORMATION INITIALE**  
**en cas de prise en charge par l'employeur ou OPCO**

**225€ en cas de financement personnel**

Le tarif comprend la prise d'une licence auprès de la FFSS.

En cas de réussite à l'examen, si vous ne souhaitez pas voir figurer vos coordonnées sur le site Internet de la Jeunesse et des Sports, vous voudrez bien m'en informer par écrit (conformément à la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), en remettant le dossier d'inscription.

Je sollicite mon inscription à la formation et à l'examen du B.S.B., m'engage à respecter les modalités et conditions relatives à la mise en œuvre de la formation et de l'examen et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du candidat précédée de la mention « Lu et approuvé »

### Retour du dossier COMPLET :

-Par courrier à : Aqua Life Saving

Centre Municipal des Sports

1 bd de Lattre de Tassigny

37 000 Tours

☎ 02 47 44 64 57

# CERTIFICAT MEDICAL

**Exigé pour tout candidat à la formation au**

**Brevet de Surveillant de baignade.**

*Certificat établi moins de trois mois avant le dépôt du dossier.*

Je soussigné,.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce

jour.....M.....

Et avoir constaté que cette personne de présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage aquatique.

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.

A ..... Le.....

Signature et Cachet du Médecin :