



Raison social : association de sauvetage et secourisme du pays bigouden

Adresse :17 Rue Raymonde Folgoas Guillou, 29120 Pont-l'Abbé

Datadock N° : 0077945

Numéro SIRET 81461312100015

Numéro d'organisme de formation 53290912629

Tel : olivier chouan – 06 82 12 82 23 -

Mail : contact.asspb@gmail.com

Site : www.secourisme29.fr

INSCRIPTION B.S.B. ASSPB

Brevet de Surveillant de Baignade

Merci de Retourner le dossier complet :

- Remplir le formulaire d'inscription
- une photo d'identité
- un exemplaires du certificat médical de non contre-indication à la natation et au sauvetage aquatique datant de moins de 3 mois.
- une photocopie de la carte nationale d'identité valide recto-verso
- pour le maintien de compétence (recyclage), une copie du diplôme d'origine.



Dossier d'inscription Brevet de Surveillant de Baignade

Identité adhérent

Nom :		Prénom :	
Date naissance :	Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	Nationalité :
Lieu naissance :	Départ. Naissance :		
Adresse			
Code Postal :	Ville :		
mail/courriel :			
Tel (fixe) :	Tel (port.) :		
Profession (et/ou catégorie) :			

Si adhérent non majeur / pour adhésion / pour contacts pour urgence

Père	Nom :	Prénom :
Email / courriel :		
Tel :	Tel port.	
Profession :		
Mère	Nom :	Prénom :
Email / courriel :		
Tel :	Tel port.	
Profession :		
Problèmes médicaux à signaler : (asthme...)		

Tarifs

<u>Formation initiale : BSB + PSC1 :</u>	= 250€
<u>Recyclage BSB + PSC1 :</u>	= 130€
<u>Recyclage BSB :</u>	= 70€
TOTAL : FORMATION	=€
Règlement : chèques * - <input type="checkbox"/>	espèces - <input type="checkbox"/>

chèques * Noter au dos du/ des chèque(s) – Nom et prénom de l'adhérent

Certificat Médical

Le certificat médical est obligatoire pour toute personne désirant s'inscrire auprès de l'Association de Sauvetage et de Secourisme du Pays Bigouden, afin de pouvoir participer à la pratique d'activités aquatiques et des différentes activités de sauvetage et secourisme proposées par l'association.

Elle est obligatoire également pour toutes formations de secourisme ou de sauvetage aquatique.

Je soussigné(e) _____, docteur en médecine,
certifie avoir examiné ce jour, _____

et avoir constaté que Mr ou Mme..... ne présente aucune contre-indication apparente
à la pratique du secourisme, 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,