RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000, ARRAS

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
SSA / SAUVETAGE

DOSSIER D'INSCRIPTION
Formation SSA 2026-2027

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance :____ / ____ /_____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

_____

Mail : _____@_____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Je soussigné·e, Mme/Mr _____ ,désire m'inscrire à la formation

« Surveillant Sauveteur Aquatique SSA » organisé par l'association RC Arras Water-Polo en partenariat avec l'association FFSS Henin-Beaumont.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à _____, le _____

Si candidat·e mineur·e,

Signature de la personne ou de l'institution investie de l'autorité parentale ou du droit de garde.

Signature du candidat·e

N° SIRET : 49036270400028
CODE NAF : N°93.12Z-ACTIVITÉS DES CLUBS DE SPORTS

RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000, ARRAS

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
SSA / SAUVETAGE

Êtes-vous déjà titulaire d'un certificat de compétence secouriste ?

☐ Premiers Secours en Equipe de niveau 1 (PSE 1)

Si oui : N° du PSE 1 : _____

Délivré le: _____ Par : _____

Fournir une copie du certificat de formation initiale PSE 1

Date de la dernière Formation Continue :_____

Par : _____ _

Fournir une copie de la dernière attestation de formation continue PSE 1

☐ Premiers Secours en Equipe de niveau 2 (PSE 2)

Si oui : N° du PSE 2 : _____

Délivré le: _____ Par : _____

Fournir une copie du certificat de formation initiale PSE 2

Date de la dernière Formation Continue :_____

Par : _____ _

Fournir une copie de la dernière attestation de formation continue PSE 2

Autorisation parentale SSA pour les mineurs

Je soussigné Monsieur _____ ☐ Père ☐ Tuteur

Je soussignée Madame _____ ☐ Mère ☐ Tutrice

Téléphone Domicile : _____ Téléphone Mobile : _____

Adresse : _____

Autorise ☐ mon fils ☐ ma fille – Nom & Prénom : _____

À PRATIQUER LA NATATION ET LE SAUVETAGE AQUATIQUE
en vue de se présenter à l'examen du SSA.

Date : ____ / ____ / _____ Signature :

N° SIRET : 49036270400028
CODE NAF : N°93.12Z-ACTIVITÉS DES CLUBS DE SPORTS

RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
SSA / SAUVETAGE

06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000, ARRAS

INFORMATIONS

➢ **Coût de la Formation :**

- Initiale PSE 1 : 250 €
- Initiale PSE 2 : 250 €
- Formation SSA (partie aquatique) : 200 €

Le coût de la formation au SSA (partie aquatique) comprend l'adhésion à la FFN, la documentation pédagogique, la formation continue et les entraînements aux épreuves aquatiques.

Les PSE 1 & PSE 2 (Premiers Secours en Équipe niveau 1 et 2) sont des prérequis indispensables à la formation SSA. Ces deux formations sont dispensées par l'association FFSS Henin-Beaumont. Le coût comprend l'adhésion à la licence FFSS.

Plusieurs sessions seront proposées ultérieurement suivant un calendrier préétabli.

Le coût total de la formation est de 700 euros celle-ci est payable en 5 fois.

➢ **Lieu d'entraînement :** Piscine Elie Desbin – rue Bocquet Flochel – 62 000 ARRAS

➢ **Horaires :** Dimanche de 10H00 à 12H00 *(hors vacances scolaires)*.

➢ **Formation PSE 1** : formation de 35 heures date défini ultérieurement

➢ **Formation PSE 2** : formation de 35 heures date défini ultérieurement

Lancement de la formation à partir de 8 personnes minimum.

Documents à joindre impérativement :

Le bulletin d'inscription dûment rempli ☐
Une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ☐
Une photocopie de vos diplômes de secourisme *(PSE1 – PSE2)* ☐
Le chèque de règlement *à l'ordre du RC Arras Water-Polo* ☐
Un certificat médical précisant l'aptitude à la pratique de la natation et du sauvetage ☐
(Cf. modèle ci-joint)

Merci d'adresser l'ensemble de ces documents :

Sur place : À un responsable de l'association

Par courrier : RC Arras Water-Polo – Complexe Grimaldi – Rue Emile Zola – 62 000 Arras

Par mail (au format PDF) **:** contact@rcarras-waterpolo.fr

N° SIRET : 49036270400028
CODE NAF : N°93.12Z-ACTIVITÉS DES CLUBS DE SPORTS

RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000, ARRAS

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
SSA / SAUVETAGE

CERTIFICAT MEDICAL

Article A. 322-10 du Code du sport

(Certificat médical datant de moins de 3 mois à la date du dépôt du dossier concernant la formation SSA, valable 1 an).

Je soussigné, _____, Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour, et avoir constaté que M _____ ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage, ainsi qu'à la surveillance des usagers des lieux de bains.

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 particuliers
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 corrigé au moins à 8/10.

Cas Particuliers :
Dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 10/10 pour 1'autre œil corrigé.

A _____, le ____ / ____ / _____

Signature et cachet du médecin

N° SIRET : 49036270400028
CODE NAF : N°93.12Z-ACTIVITÉS DES CLUBS DE SPORTS