



**Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sports
spécialité «éducateur Sportif» mention «Activités Aquatique et de la Natation».**

Référence : Arrêté du 21 juin 2016 modifié par l'arrêté du 29 juillet 2021

Condition de passage de l'épreuve : présenter un certificat médical datant de moins de trois mois à la date de l'épreuve conforme au modèle joint.

**ATTESTATION DE REUSSITE
400 mètres nage libre**

Tous les champs de cette attestation doivent être remplis pour la rendre recevable

Attestation de réussite au 400 mètres nage libre en moins de 7 minutes 40 secondes en vue de l'entrée en formation au Brevet Professionnel de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport, spécialité «éducateur sportif» mention «Activités aquatiques et de la natation»

Je soussigné (e), Nom Prénom :

Intitulé du diplôme :

Diplôme numéro :

Carte professionnelle numéro : délivrée par le service :

Certifie que M/Mme né (e) le à :

Domicilié (e)..... CP Ville

A effectué sans aide et sans matériel :

Distance de 400 mètres nage libre dans un temps deminutessecondes

Le temps maximum pour rendre cette attestation recevable est de 7 minutes et 40 secondes.

Date de la Réalisation :/...../.....

Lieu de la réalisation :

Fait pour servir et faire valoir de que de droit .

Signature du certificateur :

Signature du titulaire :



**Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sports
spécialité «éducateur Sportif» mention «Activités Aquatique et de la Natation».**

Référence : Arrêté du 21 juin 2016 modifié par l'arrêté du 29 juillet 2021

Je soussigné (e),..... docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance du contenu du test ainsi que des activités pratiquées au cours de la formation préparatoire à la mention « activités aquatiques et de la natation » du brevet professionnel, de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité « éducateur sportif » ci-dessous mentionnés, certifie avoir examiné M/Mme, candidat (e) à ce brevet, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente :

- à l'accomplissement du ou des tests préalables à l'entrée en formation (si il/elle y est soumis(e))
- et à l'exercice de ces activités

J'atteste en particulier que M/Mme, présente une faculté d'élocution et une acuité auditive normales ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

Sans correction :

une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/10 pour chaque œil.
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 corrigé au moins à 8/10.

Cas particulier : dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 10/10 pour l'autre œil corrigé.

La vision nulle à un œil constitue une contre-indication.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____ le _____

(cachet du médecin)



Certificat médical de non contre-indication a l'exercice de la profession de Maître-Nageur-Sauveteur

Référence : Arrêté du 20 janvier 2022

Je soussigné (e)....., docteur en médecine, atteste avoir pris connaissance de la nature des épreuves de la session d'évaluation du certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de maître-nageur-sauveteur, certifie avoir examiné M/Mme , candidat (e) à ce certificat, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication médicale apparente à la pratique et à l'encadrement des activités physiques et sportives concernées par la certification professionnelle.

J'atteste en particulier que M/Mme , présente une faculté d'élocution et acuité auditive normales ainsi qu'un acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

Sans correction :

une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/10 pour chaque œil.
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 corrigé au moins à 8/10.

Cas particulier : dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 10/10 pour l'autre œil corrigé.

La vision nulle à un œil constitue une contre-indication.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :

le

(cachet du médecin)