**DÉCLARATION 2017 des NAGEURS SAUVETEURS du/ des postes de Secours** …………………………………………**Commune :**……………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Qualification**  **(BEESAN, MNS, BNSSA…)** | **Date du dernier recyclage BNSSA ou BEESAN**  **(recyclage quinquennal)** | **Date dernier recyclage secourisme PSE1/2**  **(recyclage annuel)** | **Date du certificat médical** | **N° Carte professionnelle ou N° Attestation BNSSA (le cas échéant)** | **Date obtention qualification surveillance et sauvetage aquatique** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Noms Prénoms du/des Chefs de Poste Date et signature du Maire:

Juillet 2017 Août 2017