

**DÉCLARATION D’OUVERTURE D’UNE PISCINE OU D’UNE BAIGNADE AMÉNAGÉE**

En application du code de la santé publique (art. [L1332-1 à L1332-9](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C829A1B60E56E5F72F11431C3CCB8E37.tplgfr24s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171063&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200413), art. D1332-1 à D1332-54)
et du code du sport (art. [A322-4 à A322-41](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4D7257B6DC70D4E2648832D855441C88.tplgfr23s_2?idSectionTA=LEGISCTA000018761152&cidTexte=LEGITEXT000006071318&dateTexte=20200413))

**Cette déclaration est à transmettre pour toute 1ère ouverture d’une piscine permanente et pour toute réouverture d’une piscine ou baignade saisonnière.**

1. **Déclaration d’ouverture d’une piscine ou d’une baignade aménagée**

Je soussigné, (Nom / Prénom, qualité) :

Déclare procéder à l’installation d’une :

**[ ]  d’une piscine**

**[ ]  d’une baignade aménagée**

sur la commune de :

à l’adresse, plan d’eau ou plage suivante :

**Période d’ouverture :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **au** |  |

Dès son ouverture, l’installation sera conforme à la description contenue dans le dossier justificatif joint à la présente déclaration ; elle satisfera aux normes d’hygiène et de sécurité fixées par le décret n° 81-324 du 7 avril 1981.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fait à |  | le |  |

 **Signature :**

1. **Caractéristiques et organisation**

**Nom de l’établissement  ou du site de baignade :**

**Téléphone :**

**Propriétaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Entité** |  |
| **Nom** |  | **Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  | **Courriel** |  |

**Nature de la gestion :**

**[ ]  Municipale**

**[ ]  Associative**

**[ ]  Société privée**

**[ ]  Autre – Précisez :**

**[ ] Piscine ou baignade d’accès payant**

**[ ] Piscine ou baignade d’accès gratuit**

**Date de l’arrêté de police municipal (uniquement baignade aménagée) :**

**Coordonnées du responsable de la gestion :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | **Prénom** |  |
| **Téléphone** |  | **Courriel** |  |

Fréquentation maximale instantanée en visiteurs :

Fréquentation maximale instantanée en baigneurs :

**Horaires d’ouverture au public :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATIN** | **APRES-MIDI** |
| **De** | **à** | **De** | **à** |
| **Lundi** | h | h | h | h |
| **Mardi** | h | h | h | h |
| **Mercredi** | h | h | h | h |
| **Jeudi** | h | h | h | h |
| **Vendredi** | h | h | h | h |
| **Samedi** | h | h | h | h |
| **Dimanche** | h | h | h | h |

**Personnel de surveillance et/ou d’enseignement :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Noms de naissance ET d’usage (le cas échéant)****et Prénom** | **Diplôme (et date d’obtention ou date de révision)** | **Date de la dernière formation continue secourisme** | **Numéro de carte professionnelle ou d’attestation de déclaration BNSSA** | **Recruté du … au …** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Renseignements auprès de :**

**Agence Régionale de Santé**
Délégation territoriale Maine-et-Loire
26 ter rue de Brissac - bâtiment N 49047 ANGERS cedex 01

Mail : ars-dt49-spe@ars.sante.fr

**SDJES de Maine-et-Loire**DSDEN 49
Cité Administrative,

15bis Rue Dupetit Thouars,

49000 Angers

Mail : ce.sdjes49@ac-nantes.fr

**Transmission de la déclaration :**

**Renvoyer un exemplaire à chaque service (SDJES 49 et Délégation Territoriale de l'ARS de Maine-et-Loire) soit par courrier, soit par mail aux adresses ci-dessus.**