DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CLUB

**N° d’affiliation club (**N° à 8 chiffres**)** :

**Nom du club :**

## Adresse du président ou/et du responsable de la section

**Nom et prénom du président** :

## Date de naissance : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de licence en cours de validité : A-

## Adresse :

## Code postal Ville: Pays :

## Tel : Port : E-mail :

**Nom et prénom du responsable section** :

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de licence en cours de validité : A-

Adresse

## Code postal Ville: Pays :

## Tel : Port : E-mail :

## Adresse du trésorier

**Nom et prénom** :

## Date de naissance : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ N° de licence en cours de validité : A-

## Adresse :

## Code postal Ville: Pays :

## Tel : Port : E-mail :

## Adresse du secrétaire

**Nom et prénom**:

## Date de naissance : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de licence en cours de validité : A-

## Adresse :

## Code postal Ville: Pays :

## Tel : Port : E-mail :

##  Adresse de correspondance

***Cette adresse sera utilisée par la FFESSM pour l'envoi du courrier administratif et de la revue SUBAQUA; elle sera également susceptible d'être diffusée à toute personne souhaitant obtenir des informations sur votre club.***

**Nom et prénom**:

## Date de naissance : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de licence en cours de validité : A-

## Adresse :

## Code postal Ville: Pays :

## Tel : Port : E-mail :

## Site internet

## Adresse du lieu d’activité (adresse de la piscine ou du lieu d’entraînement)

**Cette adresse apparaîtra sur le site internet fédéral** [**www.ffessm.fr**](http://www.ffessm.fr)

**Nom et prénom**:

## Date de naissance : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de licence en cours de validité : A-

## Adresse Lieu d’entraînement (piscine, fosse … )

## Code postal Ville: Pays :

## Tel : Port : E-mail :

## Jour et heure d’entraînement :

## Adresse du siège social

**Nom et prénom** (si adresse personnelle) :

## Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Port : E-mail :

**Disposez-vous d’une structure en bord de mer** [ ] oui [ ]  Non

**Recevez-vous des plongeurs non adhérents à la FFESSM** [ ]  oui [ ]  Non

**Activités proposées** : (Cocher les cases utiles)

[ ]  Plongée scaphandre [ ]  Archéologie [ ]  Formation secours (RIFAP)

[ ]  Apnée [ ]  Photo subaquatique [ ]  Nage avec palmes

[ ]  P.M.T. [ ]  Pêche SM [ ]  Nage en eau vive

[ ]  Plongée Enfant : âge……… [ ]  Plongée souterraine [ ]  Hockey subaquatique

[ ]  Environnement et Biologie Sub [ ]  Orientation subaquatique [ ]  Tir sur cible

[ ]  PSP [ ]  Plongée pour les personnes en situation de handicap

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quels niveaux enseignez-vous** ? :  | Niv. 1 [ ]  Niv. 2 [ ]  Niv. 3 [ ]  | GP [ ]  Init. [ ]  Rifap [ ]  |
|  | Trimix [ ]  Nitrox [ ]  Recycleur [ ]  | Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre d’encadrants au Club** :  | Certifications d’Etat (ex. : BEES/BP/DE/DES)  : \_\_\_\_\_\_\_\_Instructeurs : \_\_\_\_ MF2 : \_\_\_\_ MF1 : \_\_\_\_ Initiateurs : \_\_\_\_ |

**Prestation** : (Cocher les cases utiles)

[ ]  Organisation de stage [ ]  Encadrement

[ ]  Passage de brevet [ ]  Equipement

[ ]  Hébergement [ ]  Piscine

**Ouverture** : (Cocher les cases utiles)

[ ]  Printemps [ ]  Toute l’année [ ]  Matin

[ ]  Eté [ ]  Long week-end [ ]  Après-midi

[ ]  Automne [ ]  Soirée

[ ]  Hiver [ ]  Journée complète

**•Votre club est-il une section subaquatique d’un club corporatif** [ ]  oui [ ]  non

**•Votre club est-il une section subaquatique d’un club omnisport** [ ]  oui [ ]  non

**•Souhaitez-vous recevoir les factures et infos fédé par e-mail (réponse obligatoire)** [ ]  oui [ ]  non

si oui, indiquez votre adresse mail :

**•*Autorisation CNIL*:** [ ]  oui [ ]  non

**•Employez-vous du personnel salarié (réponse obligatoire)** [ ]  oui [ ]  non

***Si vous n’êtes pas un club employeur merci de ne pas répondre aux questions suivantes***

si oui, combien de salariés :

Nombre de postes équivalents temps plein :

- **Etes-vous adhérent au cosmos** [ ]  oui [ ]  non

- **Etes-vous à jour de vos cotisations** [ ]  oui [ ]  non

- **Cotisez-vous aux caisses de prévoyance**  [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquelles :

- **Cotisez-vous aux organismes mutualisateurs de formations** [ ]  oui [ ]  non

si oui, lesquels :

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Le Président (signature)

***ATTENTION : à retourner à Aurélie <aurelie@ffessm.fr> au siège national à Marseille qui se chargera de l’information à votre Comité Régional et votre Codep.***