

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CLUB

N° d'affiliation club (N° à 8 chiffres si votre club est déjà affilié) : _____

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 : _____
Port : _____ E-mail : _____

Nom et prénom du responsable section : _____ Date de naissance : ____/____/____
N° de licence en cours de validité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
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 : _____
Téléphone : _____ Fax : _____ Port : _____
E-mail : _____ Divers : _____

Adresse du secrétaire

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
N° de licence en cours de validité : A-_____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Téléphone : _____ Fax : _____ Port : _____
E-mail : _____ Divers : _____

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 : _____ Fonction : _____
Date de naissance : ____/____/____
N° de licence en cours de validité : A-_____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Téléphone : _____ Fax : _____ 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

Nom et prénom :	_____		Date de naissance :	____/____/____	
N° de licence FFESSM en cours de validité :	A-_____				
Lieu d'entraînement (piscine, fosse ...) :	_____				
Jour et heure d'entraînement :	_____				
Adresse :	_____				
Code postal :	_____	Ville :	_____	Pays :	_____
Téléphone :	_____	Fax :	_____	Port :	_____
E-mail :	_____				

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)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plongée scaphandre | <input type="checkbox"/> Archéologie | <input type="checkbox"/> Formation secours (RIFAP) |
| <input type="checkbox"/> Apnée | <input type="checkbox"/> Photo subaquatique | <input type="checkbox"/> Nage avec palmes |
| <input type="checkbox"/> P.M.T. | <input type="checkbox"/> Pêche SM | <input type="checkbox"/> Nage en eau vive |
| <input type="checkbox"/> Plongée Enfant : âge..... | <input type="checkbox"/> Plongée souterraine | <input type="checkbox"/> Hockey subaquatique |
| <input type="checkbox"/> Environnement et Biologie Sub | <input type="checkbox"/> Orientation subaquatique | <input type="checkbox"/> Tir sur cible |
| <input type="checkbox"/> PSP | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organisation de stage | <input type="checkbox"/> Encadrement |
| <input type="checkbox"/> Passage de brevet | <input type="checkbox"/> Equipement |
| <input type="checkbox"/> Hébergement | <input type="checkbox"/> Piscine |

Ouverture : (Cocher les cases utiles)

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Printemps | <input type="checkbox"/> Toute l'année | <input type="checkbox"/> Matin |
| <input type="checkbox"/> Été | <input type="checkbox"/> Long week-end | <input type="checkbox"/> Après-midi |
| <input type="checkbox"/> Automne | | <input type="checkbox"/> Soirée |
| <input type="checkbox"/> Hiver | | <input type="checkbox"/> 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, adresse(s) 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 : _____

- Êtes-vous adhérent au cosmos OUI NON

- Êtes-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 au siège national à Marseille qui se chargera de l'information à votre Comité Régional.