



## SECTION DU CLUB FRANCE

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017/2018

NOM DE LA SECTION.....

#### INFORMATIONS SUR LE PRESIDENT DE LA SECTION

NOM DU PRESIDENT : .....	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE : .....	
.....	
CODE POSTAL : .....	VILLE : ..... PAYS : .....
N° TELEPHONE : .....	N° FAX : .....
N° PORTABLE : .....	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 la section.*

NOM DU CONTACT CORRESPONDANCE : .....	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE : .....	
.....	
CODE POSTAL : .....	VILLE : ..... PAYS : .....
N° TELEPHONE : .....	N° FAX : .....
N° PORTABLE : .....	E. MAIL : .....
SITE INTERNET.....	

#### ADRESSE DU LIEU D'ACTIVITE PRINCIPALE

Cette adresse apparaîtra sur le site internet fédéral (<http://www.coindespros-ffessm.com/>), sur une carte Google, merci de donner une adresse précise et reconnaissable par Google Maps.

NOM DU CONTACT : .....	DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....
ADRESSE : .....	
.....	
CODE POSTAL : .....	VILLE : ..... PAYS : .....
N° TELEPHONE : .....	N° FAX : .....
N° PORTABLE : .....	E. MAIL : .....
SITE : .....	DIVERS : .....

#### ADRESSE DU SIEGE SOCIAL (SI DIFFERENTE DE L'ADRESSE DE CORRESPONDANCE)

ADRESSE : .....	
.....	
.....	
CODE POSTAL : .....	VILLE : ..... PAYS : .....
N° TELEPHONE : .....	N° FAX : .....

**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"/> Trimix                        | <input type="checkbox"/> Recycleur                | <input type="checkbox"/> Nitrox                    |
| <input type="checkbox"/> Plongée handicapés            |   |  |

**Quels niveaux enseignez-vous ? :**

Niv. 1 ☐ Niv. 2 ☐ Niv. 3 ☐ Niv. 4 ☐ Init. ☐ Nitrox ☐  
Trimix ☐ Rifap ☐ 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"/> Eté       | <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 |

• **SECTION CORPORATIVE**

☐ OUI ☐ NON

• **SECTION OMNISPORTS**

☐ OUI ☐ NON

- **EXISTE-T-IL DANS VOTRE PAYS UNE FEDERATION CMAS**

☐ OUI ☐ NON

SI OUI,

- **AVEZ-VOUS PRIS L'ATTACHE DE CETTE FEDERATION**

☐ OUI ☐ NON

- **VOUS A-T-ELLE DONNE SON ACCORD POUR L'AFFICHAGE FFESSM**

☐ OUI ☐ NON

- **VOUS A-T-ELLE DONNE SON ACCORD POUR LA DELIVRANCE DES LICENCES ET DES BREVETS FFESSM**

**SUR SON TERRITOIRE**

☐ OUI ☐ NON

Date :

Signature de l'exploitant :