

RENSEIGNEMENTS STRUCTURE 2017/2018

N° agrément FFESSM N° SIRET

Nom de la structure

Statut : ☐ SARL ☐ EURL ☐ Auto-Entrepreneur
☐ Profession libérale ☐ Indépendant Commerçant ☐ AUTRE, préciser :

ADRESSE ET COORDONNEES DE L'EXPLOITANT (à remplir obligatoirement)

Nom de l'exploitant N° licence
Date de naissance
Adresse
Code Postal Ville Pays
Téléphone Portable
E-mail

LE CORRESPONDANT (à remplir obligatoirement)

Cette adresse est utilisée pour l'envoi du courrier administratif et de la revue Subaqua ; elle est également susceptible d'être diffusée à toute personne souhaitant obtenir des informations sur votre structure

Coordonnées idem Exploitant, cocher ☐

Nom, prénom du correspondant
Adresse
Code Postal Ville Pays
Téléphone Portable Fax
E-mail
Site internet

ADRESSE DU LIEU D'ACTIVITES (à remplir obligatoirement)

Cette adresse apparaîtra sur le site Internet fédéral (www.ffessm.fr)

Coordonnées idem Exploitant, cocher ☐ coordonnées idem Correspondance, cocher ☐

Nom, prénom du contact
Adresse
Code Postal Ville Pays
Téléphone Portable Fax
E-mail

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL (à remplir obligatoirement)

Coordonnées idem Exploitant, cocher ☐ coordonnées idem Correspondance, cocher ☐

coordonnées idem Activités, cocher ☐

Adresse
Code Postal Ville Pays
Téléphone E-mail

Disposez-vous d'une structure en bord de mer

☐ OUI

☐ NON

Recevez-vous des plongeurs non adhérents à la FFESSM

☐ OUI

☐ NON

ACTIVITES PRATIQUEES : (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

☐ Plongée souterraine

☐ Hockey subaquatique

☐ Environnement et Biologie Sub

☐ Orientation subaquatique

☐ Tir sur cible

☐ Trimix

☐ Recycleur

☐ Nitrox

☐ Plongée handicapés

Prestations :

☐ Organisation de stage

☐ Encadrement

☐ Passage de brevet

☐ Equipement

☐ Hébergement

☐ Piscine

Ouverture :

☐ Printemps

☐ Toute l'année

☐ Matin

☐ Eté

☐ Long week-end

☐ Après-midi

☐ Automne

☐ Soirée

☐ Hiver

☐ Journée complète

Possédez-vous un agrément d'un autre organisme de certification (ANMP, PADI, SSI...) ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, préciser : _____

Armez-vous un ou plusieurs navires supports de plongée ?

☐ OUI

☐ NON

Sous quel statut : _____

ASSURANCE : _____

EXPIRE LE : _____

Autorisation CNIL (diffusion de vos coordonnées) :

☐ OUI ☐ NON

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de l'adhésion groupée au Cosmos par l'intermédiaire du Groupement des Professionnels de la FFESSM, prise en charge et offerte par la FFESSM dans le cadre de votre agrément (cf. bulletin d'adhésion groupée, pages suivantes), merci de cocher cette case : ☐

Dans ce cas, aucune ristourne ne sera faite sur le tarif de l'agrément.

Date :

Signature de l'exploitant :



BULLETIN D'ADHÉSION GROUPEE
(structure rattachée)

Nom de votre tête de réseau :

GROUPEMENT DES PROFESSIONNELS DE LA FFESMM (GPF)

Nom de votre structure :

■ Adresse postale de votre structure :

Code postal : / / / / /

Ville :

■ Tél :

Fax :

Interlocuteurs

■ Nom, prénom du représentant légal de votre structure :

■ Nom, prénom de l'interlocuteur CoSMoS désigné au sein de votre structure :

Fonction :

■ Portable :

■ Adresse email en majuscule (obligatoire) :

/ / / / / @ /

Votre structure

Forme juridique :

- ☐
- EURL/SARL/SA

- ☐
- TV/AE

- ☐
- Autre, à préciser :

[illegible]

BULLETIN D'ADHÉSION GROUPÉE (structure rattachée)

Indiquez dans quel domaine votre structure exerce son activité principale (selon le code NAF) :

- ☐ Gestion d'installations sportives - 9311Z
- ☐ Activités de clubs de sports - 9312Z
- ☐ Activités des centres de culture physique - 9313Z
- ☐ Autres activités liées au sport - 9319Z
- ☐ Autres activités récréatives et de loisirs - 9329Z
- ☐ Enseignement de disciplines sportives et d'activités de loisirs - 8551Z
- ☐ Autre, à préciser :

Activité

- Nombre de salariés personnes physiques (au 31/12 /14 selon DADS S80.G01.00.004.001) :
- Nombre de salariés « Équivalents Temps Plein » :
Calculer l'effectif ETP
La règle de calcul du nombre de salariés doit se faire comme suit : un organisme qui emploie 3 salariés à temps plein, 1 salarié à mi-temps et 1 salarié à quart-temps emploie en réalité $3 + 0,50 + 0,25 = 3,75$ salariés « Équivalents Temps Plein ».
- Masse salariale brute annuelle (selon DADS S40.G28.05.029.001) :
- Budget annuel ou chiffre d'affaires annuel :

N.B. : Les informations demandées sont indispensables à l'établissement de la représentativité patronale du CoSMoS au niveau de la branche.

La cotisation est prise en charge par votre tête de réseau.

Je, soussigné(e)

Représentant légal de

- demande l'adhésion de ma structure comme membre actif du CoSMoS,
- déclare avoir pris connaissance des statuts du CoSMoS et en accepter les termes,
- mandate ma tête de réseau pour me représenter au sein du CoSMoS et prendre part, en mon nom, y compris pour voter, à l'ensemble de ses travaux et instances.

Votre adhésion sera valable à compter de la validation de votre demande par le CoSMoS et jusqu'au 31 décembre de l'année N+1.

Bulletin à renvoyer par courrier à votre tête de réseau

Date et signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au CoSMoS : secretariat@cosmos.asso.fr



conseil social
du mouvement sportif