

SECTION DU CLUB FRANCE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019

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

- **AUTORISATION CNIL** (DIFFUSION DE VOS COORDONNEES) :

☐ 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 :