

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)

☐ 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

☐ Trimix

☐ Recycleur

☐ Nitrox

☐ 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)

☐ 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

• **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 :