

## RENSEIGNEMENTS SCIA 2020/2021

N° D'AGREMENT FFESSM (SI RENOUVELLEMENT DE L'AGREMENT).....

NOM DE LA STRUCTURE .....

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

NOM DE L'EXPLOITANT : .....		
DATE DE NAISSANCE .....		
N° LICENCE : .....		
ADRESSE : .....		
.....		
CODE POSTAL .....	VILLE.....	PAYS.....
N° TELEPHONE .....	N° FAX.....	
N° PORTABLE.....	E. MAIL.....	
SITE INTERNET.....		

### LE CORRESPONDANT (à remplir obligatoirement)

Cette adresse est utilisée par la FFESSM 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

NOM DU CONTACT CORRESPONDANCE : .....		
ADRESSE : .....		
.....		
CODE POSTAL .....	VILLE.....	PAYS.....
N° PORTABLE.....	E. MAIL.....	
SITE INTERNET.....		

### ADRESSE DU LIEU D'ACTIVITES (à remplir obligatoirement)

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 : .....		
ADRESSE : .....		
.....		
CODE POSTAL .....	VILLE.....	PAYS.....
N° TELEPHONE .....	N° FAX.....	
N° PORTABLE.....	E. MAIL.....	
SITE INTERNET.....		

### ADRESSE DU SIEGE SOCIAL (à remplir obligatoirement)

ADRESSE : .....		
.....		
.....		
CODE POSTAL .....	VILLE.....	PAYS.....
N° TELEPHONE .....	N° FAX.....	
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 PRATIQUES** : (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                | <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            |   |  |

• **PRESTATIONS DIVERSES** : (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"/> Activité Piscine |

• **OUVERTURE** : (Cocher les cases utiles)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> printemps | <input type="checkbox"/> matin            |
| <input type="checkbox"/> été       | <input type="checkbox"/> toute l'année    |
| <input type="checkbox"/> automne   | <input type="checkbox"/> long week-end    |
| <input type="checkbox"/> hiver     | <input type="checkbox"/> après-midi       |
|                                    | <input type="checkbox"/> soirée           |
|                                    | <input type="checkbox"/> journée complète |

• **POSSEDEZ-VOUS UN AGREMENT D'UN AUTRE ORGANISME DE CERTIFICATION** (ANMP, PADI, SSI ... )

☐ OUI ☐ NON Si oui, lequel (ou lesquels) : .....

• **ASSURANCE** : ..... EXPIRE LE : .....

- **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 :