

RENSEIGNEMENTS SCIA 2024/2025

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.fr/>), 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 PRATIQUEES** : (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"/> après-midi |
| <input type="checkbox"/> automne | <input type="checkbox"/> soirée |
| <input type="checkbox"/> hiver | <input type="checkbox"/> journée complète |
| <input type="checkbox"/> toute l'année | |
| <input type="checkbox"/> long week-end | |

• **POSEDEZ-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 UNE FEDERATION CMAS QUI DELIVRE DES BREVETS SUR VOTRE TERRITOIRE** ☐ 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

VOUS DEVEZ JOINDRE A VOTRE DEMANDE UNE PREUVE DE L'ACCORD DE CETTE FEDERATION (ATTESTATION, EMAIL ...)

Date :

Signature de l'exploitant :