

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CLUB 2016/2017

N° d'affiliation club (N° à 8 chiffres) : _____

Nom du club : _____

Adresse du président ou/et du responsable de la section

Nom et prénom du président : _____ Date de naissance : ____/____/____
 N° de licence en cours de validité : A- _____
 Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 Port : _____ E-mail : _____

Nom et prénom du responsable section : _____ Date de naissance : ____/____/____
 N° de licence en cours de validité : _____ Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 Port : _____ E-mail : _____

Adresse du trésorier

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 N° de licence en cours de validité : A- _____
 Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ Port : _____
 E-mail : _____ Divers : _____

Adresse du secrétaire

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 N° de licence en cours de validité : A- _____
 Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ Port : _____
 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 votre club.

Nom et prénom : _____ Fonction : _____
 Date de naissance : ____/____/____
 N° de licence en cours de validité : A- _____
 Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 Téléphone : _____ Port : _____
 E-mail : _____
 Site internet : _____

Adresse du lieu d'activité (adresse de la piscine ou du lieu d'entraînement)

Cette adresse apparaîtra sur le site internet fédéral www.ffessm.fr

Lieu d'entraînement (piscine, fosse) : _____
 Jour et heure d'entraînement : _____
 Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
 Téléphone : _____ Port : _____
 E-mail : _____

Adresse du siège social

Nom et prénom (si adresse personnelle) : _____ Fonction : _____
 Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Port : _____
 E-mail : _____ internet : _____

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"/> PSP/Orientation subaquatique | <input type="checkbox"/> Tir sur cible |

Quels niveaux enseignez-vous ? :

Niv. 1 Niv. 2 Niv. 3 Niv. 4 Nit. 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 Hiver

Toute l'année

Matin

Été

Long week-end

Après-midi

Automne

Soirée

Hiver

Journée complète

·Votre club est-il une section subaquatique d'un club corporatif

OUI NON

·Votre club est-il une section subaquatique d'un club omnisport

OUI NON

·Souhaitez-vous recevoir les factures et infos fédé par e-mail (réponse obligatoire)

OUI NON

si oui, adresse(s) mail : _____ / _____

·Employez-vous du personnel salarié OUI NON

Si vous n'êtes pas un club employeur merci de ne pas répondre aux questions suivantes

si oui, combien de salariés : _____

Nombre de postes équivalents temps plein : _____

- Êtes-vous adhérent au cosmos

OUI NON

- Êtes-vous à jour de vos cotisations

OUI NON

- Cotisez-vous aux caisses de prévoyance

OUI NON

Si oui, lesquelles : _____

- Cotisez-vous aux organismes mutualisateurs de formations

OUI NON

si oui, lesquels : _____

A _____ le ____ / ____ / ____
Le Président (signature)