**RENSEIGNEMENTS STRUCTURE 2019/2020**

N° agrément FFESSM N° SIRET

Nom de la structure

Statut : [ ]  SARL [ ]  EURL [ ]  Auto-Entrepreneur

 [ ]  Profession libérale [ ]  Indépendant Commerçant [ ]  AUTRE, préciser :

## Adresse et coordonnées de l’exploitant (à remplir obligatoirement)

|  |
| --- |
| Nom de l’exploitant N° licence Date de naissance Adresse  Code Postal Ville Pays Téléphone Portable E-mail  |

## Le correspondant (à remplir obligatoirement)

Cette adresse est utilisée 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

Coordonnées idem Exploitant, cocher [ ]

|  |
| --- |
| Nom, prénom du correspondant Adresse  Code Postal Ville Pays Téléphone Portable Fax E-mail Site internet  |

## Adresse du Lieu d’activités (à remplir obligatoirement)

Cette adresse apparaîtra sur le site Internet fédéral (www.ffessm.fr)

Coordonnées idem Exploitant, cocher [ ]  Coordonnées idem Correspondance, cocher [ ]

|  |
| --- |
| Nom, prénom du contact Adresse  Code Postal Ville Pays Téléphone Portable Fax E-mail  |

## Adresse du Siege Social (à remplir obligatoirement)

Coordonnées idem Exploitant, cocher [ ]  Coordonnées idem Correspondance, cocher [ ]

Coordonnées idem Activités, cocher [ ]

|  |
| --- |
| Adresse  Code Postal Ville Pays Téléphone E-mail  |

**Disposez-vous d’une structure en bord de mer** [ ]  oui [ ]  Non

**Recevez-vous des plongeurs non adhérents à la FFESSM** [ ]  oui [ ]  Non

**Activités Pratiquées** : (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 [ ]  Plongée souterraine [ ]  Hockey subaquatique

[ ]  Environnement et Biologie Sub [ ]  Orientation subaquatique [ ]  Tir sur cible

[ ]  Trimix [ ]  Recycleur [ ]  Nitrox

[ ]  Plongée handicapés

**P**restations :

[ ]  Organisation de stage [ ]  Encadrement

[ ]  Passage de brevet [ ]  Equipement

[ ]  Hébergement [ ]  Piscine

**O**uverture :

[ ]  Printemps [ ]  Toute l’année [ ]  Matin

[ ]  Eté [ ]  Long week-end [ ]  Après-midi

[ ]  Automne [ ]  Soirée

[ ]  Hiver [ ]  Journée complète

**P**ossédez-vous un agrément d’un autre organisme de certification (ANMP, PADI, SSI…) ?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A**rmez-vous un ou plusieurs navires supports de plongée ?

[ ]  oui [ ]  non

Sous quel statut : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A**SSURANCE **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expire le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A**utorisation CNIL (diffusion de vos coordonnées) :[ ]  oui [ ]  non

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de l’adhésion groupée au Cosmos par l’intermédiaire du Groupement des Professionnels de la FFESSM, prise en charge et offerte par la FFESSM dans le cadre de votre agrément (cf. bulletin d’adhésion groupée, pages suivantes), merci de cocher cette case : [ ]

Dans ce cas, aucune ristourne ne sera faite sur le tarif de l’agrément.

Date :

Signature de l’exploitant :



**BULLETIN D’ADHÉSION RESEAU GROUPÉE**

**2020**

**(Structure rattachée)**

**En cas de renouvellement de votre adhésion : numéro d’adhérent:** / / / / / / /

**Nom de votre tête de réseau : GPF (Groupement des Professionnels de la FFESSM)**

**Nom de votre structure :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Adresse postale de votre structure :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Code postal :** / / / / / / **Ville :** ………………………………………………………………………………….………...

**Tél :** ................................................................. **Fax :** …………………………………….………....

**Interlocuteurs pour votre structure :**

**Nom, prénom du représentant légal de votre structure :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

**Nom, prénom de l’interlocuteur CoSMoS désigné au sein de votre structure :**

…………………………………………………………………………………………………………

**Fonction :** ………………………………………………...

**Portable :** …………………………………………………….

**Adresse email en majuscule (obligatoire) :**

/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /@/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /

**Votre structure**

Forme juridique :

SARL, EURL Auto-Entrepreneur, Profession Libérale

Autre, à préciser : ………....……………………………

**N°SIRET :** / / / / / / / / / / / / / / / / / / /

**BULLETIN D’ADHÉSION RESEAU GROUPÉE 2020 (Structure rattachée)**

**Indiquez dans quel domaine votre structure exerce son activité principale (selon le code NAF) :**

Gestion d’installations sportives- 9311Z

Activités de clubs de sports - 9312Z

Activités des centres de culture physique - 9313Z

Autres activités liées au sport - 9319Z

Autres activités récréatives et de loisirs - 9329Z

Enseignement de disciplines sportives et d’activités de loisirs -8551Z

Autre, à préciser : ......................................................................................................................................................................

**Activité**

**Nombre de salariés personnes physiques (au 31/12 de l’année précédente, selon DADS S80.G01.00.004.001) (indiquer 0 pour un non employeur)** : .......................

**Nombre de salariés « Équivalents Temps Plein » (indiquer 0 pour un non employeur) :**

............................................................................................................................

*Calculer l’effectif ETP*

*La règle de calcul du nombre de salariés doit se faire comme suit : un organisme qui emploie 3 salariés à temps plein, 1 salarié à mi-temps et 1 salarié à quart-temps emploie en réalité 3 + 0,50 + 0,25 = 3,75 salariés « Équivalents Temps Plein ».*

Masse salariale brute annuelle (selon DADS S40.G28.05.029.001) **(indiquer 0 pour un non employeur)** :

....................................................................................................

Budget annuel ou chiffre d’affaires annuel : ............................................................................................................................

**N.B. : Les informations demandées sont indispensables à l’établissement de la représentativité patronale du CoSMoS au niveau de la branche.**

**Montants des cotisations fixés par l’Assemblée générale du 19 décembre 2018 en fonction de votre nombre de salariés « Équivalents Temps Plein » :**

Non employeur : 10€/an

Jusqu’à 7 salariés ETP : 50 €/an

Plus de 7 à 20 : 100 €/an

Plus de 20 à 50 : 175 €/an

Plus de 50 à 500 : 600 €/an

Plus de 500 : 1650 €/an

 **Votre cotisation est versée par votre tête de réseau au CoSMoS.**

Je, soussigné(e) ………………………………………………………………………………………..........…………………………………………………………………………………. Représentant légal de ………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………

* demande l’adhésion de ma structure comme membre actif du CoSMoS, sur le fondement du système d’adhésion visé,
* déclare avoir pris connaissance des statuts du CoSMoS et en accepter les termes,
* mandate ma tête de réseau pour me représenter au sein du CoSMoS et prendre part, en mon nom, y compris pour voter, à l’ensemble de ses travaux et instances.

Votre adhésion sera valable **à compter de la validation de votre demande par le CoSMoS et jusqu’au 31 décembre 2020.**

**Bulletin à retourner à la FFESSM Date et signature :**

**24, Quai de Rive Neuve**

**13284 Marseille Cedex 07**

**Ou par mail :** **contactsca@ffessm.fr**

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l’association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au CoSMoS :* secretariat@cosmos.asso.fr