



**Fiche de Renseignements**

**Nom:**

**Prénom :**

**Date de Naissance:**  **Ville de naissance:**  **Dépt:**

**Adresse personnelle:**

**Code Postal:**  **Commune:**

**Personnel:**  **Mobile GSM:**  **Professionel:**

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT** **Email:**

**Nom:**

**Prénom :**

**Adresse personnelle:**

**Personnel:**  **Mobile GSM:**  **Professionel:**

**Niveau de plongeur / moniteur actuel**

**FFESSM**

- |           |                          |             |                          |              |                          |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| N 1       | <input type="checkbox"/> | <b>Etat</b> | <input type="checkbox"/> | <b>Autre</b> | <input type="checkbox"/> |
| N 2       | <input type="checkbox"/> | BNSSA       | <input type="checkbox"/> | CMAS         | <input type="checkbox"/> |
| N 3       | <input type="checkbox"/> | BEES1       | <input type="checkbox"/> | Aucune       | <input type="checkbox"/> |
| N 4       | <input type="checkbox"/> | BEES2       | <input type="checkbox"/> | Débutant     | <input type="checkbox"/> |
| N 5       | <input type="checkbox"/> | <b>PADI</b> |                          |              |                          |
| E 1       | <input type="checkbox"/> | OW          | <input type="checkbox"/> |              |                          |
| E 2       | <input type="checkbox"/> | AD          | <input type="checkbox"/> |              |                          |
| E3 Nitrox | <input type="checkbox"/> | Rescue      | <input type="checkbox"/> |              |                          |
| E 3       | <input type="checkbox"/> | DM          | <input type="checkbox"/> |              |                          |
| E 4       | <input type="checkbox"/> |             |                          |              |                          |
| CFPS      | <input type="checkbox"/> |             |                          |              |                          |
| TIV       | <input type="checkbox"/> |             |                          |              |                          |
| FORM TIV  | <input type="checkbox"/> |             |                          |              |                          |

Lic N°:  Année

**Nombre de plongées actuelles:**

**Souhaitez vous une formation:**  **Si oui laquelle:**

**Pièces à joindre:**

**\* Un certificat médical de "non contre indication à la pratique de la plongée sous marine (N 1 Médecin généraliste N2 et plus Medecin du Sport ou Médecin FFESS)**

**\* Déclaration Approbation des conditions generales:**

Je soussigné..... déclare par la présente:

- 1° accepter les conditions générale de vente de la société AU DELA PLONGEE
- 2° Plonger avec un comportement sécuritaire dans le respect de mes prérogatives, des consignes du directeur de plongée en accord avec avec la réglementation en vigueur.

Pour faire valoir ce que de droit  date Signatures