

FÉDÉRATION NATIONALE DES MAÎTRES-CHIENS SAUVETEURS AQUATIQUES

Capitainerie du Port – 83150 BANDOL - Port. 06-49-25-10-60 Association loi 1901

NOM DE LA STRUCTURE : TERRE-NEUVE 83 - BANDOL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2015

IDENTITE DU MEMBRE					
Nom :		Prénom :			
Date de naissance :		Tél. fixe :			
Adresse :		Tél. mobile :			
Profession :		E-mail :			
COMPETENCES DU MEMBRE (cochez les cases correspondantes uniquement)					
Professionnelles	MCSA <i>(date : indiquer l'année de l'obtention du diplôme ou du recyclage)</i>	Secourisme <i>(date : indiquer l'année de l'obtention du diplôme ou du recyclage)</i>	Sauvetage aquatique <i>(date : indiquer l'année de l'obtention du diplôme ou du recyclage)</i>	Permis bateau	Procédure radio
<input type="checkbox"/> Sapeur-Pompier	<input type="checkbox"/> AFIMCSA	<input type="checkbox"/> BNS	<input type="checkbox"/> BNSSA (date :)	<input type="checkbox"/> Carte Mer	<input type="checkbox"/> CRR
<input type="checkbox"/> SNSM	<input type="checkbox"/> BMCSA	<input type="checkbox"/> PSE 1		<input type="checkbox"/> Permis Côtier	<input type="checkbox"/> CRO
<input type="checkbox"/> Vétérinaire	<input type="checkbox"/> SAF cynotechnique (date :)	<input type="checkbox"/> PSE 2	<input type="checkbox"/> BEESAN	<input type="checkbox"/> Permis mer hauturier	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Médecin		<input type="checkbox"/> PAE 3 (moniteur)	<input type="checkbox"/> Sauveteur côtier	<input type="checkbox"/> Permis Rivière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infirmier(e) DE	<input type="checkbox"/> Moniteur fédéral (date :)	<input type="checkbox"/> PAE 1(moniteur)	<input type="checkbox"/> Equipier SAF (date :)	<input type="checkbox"/> BPPN	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plongeur		<input type="checkbox"/> Instructeur		<input type="checkbox"/> Moniteur	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Instructeur fédéral	Date formation continue équipier :	<input type="checkbox"/>		
		Date formation continue formateur :	<input type="checkbox"/>		
IDENTITE DU CHIEN					
Nom du chien :			<input type="checkbox"/> Mâle	<input type="checkbox"/> Femelle	
Affixe :			N° tatouage :		
Date de naissance :			N° puce électronique :		

- Copie Carnet de santé CHIEN
 Charte bénévolat
 Certificat médical MAÎTRE
 Certificat véto CHIEN
 Droit à l'image

N.B. : pour tous les diplômes et recyclages, veuillez fournir une photocopie