

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS PARTICIPANT(E)

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRÉNOM et NOM                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| COORDONNÉES                                                                              | Portable :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Mail : |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| DATE et LIEU DE<br>NAISSANCE                                                             | Date :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Lieu : | Age :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| FORMATION(S) /<br>CERTIFICATION(S)<br><br>(obtenues par le passé<br>ou toujours valides) | <b>EN MER</b><br><br><input type="checkbox"/> Aucune<br><br><u>Apnée</u><br><input type="checkbox"/> Moniteur fédéral (MEF1, MEF2)<br><input type="checkbox"/> Brevet fédéral de randonnée subaquatique (IEF1, IEF2)<br><br><u>Plongée</u><br><input type="checkbox"/> Niveau 4 (PADI, SSI, AIDA, CMAS)<br><input type="checkbox"/> Niveau 3 (PADI, SSI, AIDA, CMAS)<br><input type="checkbox"/> Niveau 2 (PADI, SSI, AIDA, CMAS)<br><input type="checkbox"/> Niveau 1 (PADI, SSI, AIDA, CMAS)<br><br><u>Autre (préciser)</u><br><input type="checkbox"/> _____                        |        | <b>A TERRE</b><br><br><input type="checkbox"/> Aucune<br><br><u>Randonnée terrestre</u><br><input type="checkbox"/> Moniteur fédéral de randonnée pédestre<br><input type="checkbox"/> Brevet fédéral d'animateur de randonnée pédestre<br><br><u>Autre (préciser)</u><br><input type="checkbox"/> _____ |
|                                                                                          | <b>SECOURISME</b><br><br><input type="checkbox"/> Aucune<br><br><input type="checkbox"/> BNSSA (Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique)<br>↳ valable 5 ans → à jour ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non<br><input type="checkbox"/> PSC1 (Prévention et Secours Civique de Niveau 1)<br>↳ valable 3 ans → à jour ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non<br><input type="checkbox"/> SST (Sauveteur Secouriste du Travail)<br>↳ valable 2 ans → à jour ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                          |                          |                                                |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|---|---|---|---|--|--|----------|-----------|-------|-------------|
| <p><b>AUTO-EVALUATION D'AISSANCE OUTDOOR</b></p> <p>(cocher la case)</p>            | <p align="center"><b>Rapport à L'INCONFORT</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Nuitées possibles sans abri, sans douche ni WC</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nuitées possibles avec abri (tarp), sans douche, ni WC</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nuitées possibles avec abri (tente), sans douche ni WC</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nuitées possibles avec abri (bateau), douche et WC</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Annuelle</td> <td>Mensuelle</td> <td>Hebdo</td> <td>Quotidienne</td> </tr> </table> <p align="right"><b>FORME PHYSIQUE</b><br/>(Fréquence de pratique sportive à l'année)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                          |                          | Nuitées possibles sans abri, sans douche ni WC | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nuitées possibles avec abri (tarp), sans douche, ni WC | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nuitées possibles avec abri (tente), sans douche ni WC | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nuitées possibles avec abri (bateau), douche et WC | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |  | Annuelle | Mensuelle | Hebdo | Quotidienne |
| Nuitées possibles sans abri, sans douche ni WC                                                                                                                       | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| Nuitées possibles avec abri (tarp), sans douche, ni WC                                                                                                               | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| Nuitées possibles avec abri (tente), sans douche ni WC                                                                                                               | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| Nuitées possibles avec abri (bateau), douche et WC                                                                                                                   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                            | 2                        | 3                        | 4                                              |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Annuelle                     | Mensuelle                | Hebdo                    | Quotidienne                                    |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| <p><b>AUTO-EVALUATION D'AISSANCE AQUATIQUE</b></p> <p>(cocher la case)</p>        | <p align="center"><b>Rapport avec l'APNÉE</b><br/>(Capacités d'immersion)</p> <table border="1"> <tr> <td>Prof. &gt; 15 m<br/>et / ou Durée &gt; 2min</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 m &lt; Prof. &lt; 15 m<br/>60 s &lt; Durée &lt; 2min</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 m &lt; Prof. &lt; 6 m<br/>30 s &lt; Durée &lt; 60 s</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>0 m &lt; Prof. &lt; 2 m<br/>0 s &lt; Durée &lt; 30 s</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p> <b>Etat de la mer*</b> → Ridée    Belle    Peu agitée    Agitée<br/>         (Hauteur vagues) → 0 à 0,1 m    0,1 à 0,5 m    0,5 à 1,2 m    1,2 à 2,5 m<br/>         et / ou T°C eau → &gt; 20°C    &gt; 18°C    &lt; 18°C    &lt; 16°C<br/>         et / ou Courants → 0 Nds    &lt; 1 Nd    &lt; 2 Nds    &gt; 2 Nds       </p> <p align="right"><b>Rapport avec la NAGE</b><br/>(Conditions de mer déjà côtoyées)</p> <p>* : basé sur l'échelle de Douglas</p> |                              |                          |                          | Prof. > 15 m<br>et / ou Durée > 2min           | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 m < Prof. < 15 m<br>60 s < Durée < 2min              | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 m < Prof. < 6 m<br>30 s < Durée < 60 s               | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 m < Prof. < 2 m<br>0 s < Durée < 30 s            | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |  |          |           |       |             |
| Prof. > 15 m<br>et / ou Durée > 2min                                                                                                                                 | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| 6 m < Prof. < 15 m<br>60 s < Durée < 2min                                                                                                                            | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| 2 m < Prof. < 6 m<br>30 s < Durée < 60 s                                                                                                                             | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| 0 m < Prof. < 2 m<br>0 s < Durée < 30 s                                                                                                                              | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                            | 2                        | 3                        | 4                                              |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| <p><b>EXPÉRIENCE(S) DU SEATREKKING</b></p>                                                                                                                           | <p>Nb de sortie(s) :</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Lieu(x) et année(s) :</p> |                          |                          |                                                |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| <p align="center"><b>DECLARATION OPTIONNELLE ET VOLONTAIRE DE CONDITIONS MEDICALES EXISTANTES POUVANT IMPACTER L'ORGANISATION OU LA CONDUITE DE LA RANDONNEE</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                          |                          |                                                |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |
| <p><b>COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'ASSOCIATION WATCH THE SEA ?</b></p>                                                                                                  | <p> <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux (préciser)<br/> <input type="checkbox"/> Presse spécialisée (préciser)<br/> <input type="checkbox"/> Salons / forums (préciser)<br/> <input type="checkbox"/> Autres (préciser)       </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                          |                          |                                                |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                        |   |                          |                          |                          |                          |                                                    |   |                          |                          |                          |                          |  |  |   |   |   |   |  |  |          |           |       |             |

# FICHE EVALUATION DE CANDIDATURE

Le rejet de l'un des deux responsables (Responsable Technique et Guide) vaut de rejet final.

## RESPONSABLE TECHNIQUE

|                                        |                                                                                                                                       |                                                      |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| PRÉNOM et NOM du RESPONSABLE TECHNIQUE |                                                                                                                                       |                                                      |
| AVIS du RESPONSABLE TECHNIQUE          | <input type="checkbox"/> Approuve sans réserve<br><input type="checkbox"/> Approuve avec réserves<br><input type="checkbox"/> Rejette | Cliquez ou appuyez<br>Le : ici pour entrer une date. |
| AVIS MOTIVÉ du RESPONSABLE TECHNIQUE   |                                                                                                                                       |                                                      |

## GUIDE

|                        |                                                                                                                                       |                                                      |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| PRÉNOM et NOM du GUIDE |                                                                                                                                       |                                                      |
| AVIS du GUIDE          | <input type="checkbox"/> Approuve sans réserve<br><input type="checkbox"/> Approuve avec réserves<br><input type="checkbox"/> Rejette | Cliquez ou appuyez<br>Le : ici pour entrer une date. |
| AVIS MOTIVÉ du GUIDE   |                                                                                                                                       |                                                      |

|                                                                                |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| DATE ET REFERENCE BANCAIRE DE DEPOT DE ACOMPTE DE 50%                          | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| DATE DE RECEPTION DU CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |