



Demande de coussin et/ou matelas anti-escarres

 **Nom du Club  :**

 **N° du Club :**

 **Email, numéro de téléphone**

**Et nom de la personne à contacter :**

 **Nombre de plongeurs en situation de handicap au sein du Club :**

 **Nombre d’encadrants EH :**

 **Activités Handisub® organisés :**

 **Nombre de baptêmes Handisub® organisés par an :**

 **Nombre de niveaux PESH validés par an :**

 **Avez-vous une potence ? :**

 **Avez-vous des moyens nautiques ? :**

 **Avez-vous du matériel spécifique**

**(masque facial, combi adaptée, scooter…)? :**

 **Avez-vous besoin d’une aide spécifique**

 **de la part de la commission régionale Handisub® :**

 **Nombre de coussins anti-escarres dont vous avez besoin :**

 **Nombre de matelas anti-escarres dont vous avez besoin :**

**Date : signature :**

**Contact :** Jean-Baptiste Biron – 06 72 00 55 66 – 27834mf@gmail.com