

Plateforme Sport-Santé en Isère

Forme juridique de la structure :

Nom de la structure :

Tarif de l'adhésion :

Facilité de paiement :

- Paiement en plusieurs fois
- Coupons
- Chèques vacances
- Autre :

Dirigeant référent de la structure :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Site internet :

Page Facebook :

Autre :

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi de ...h... à ...h...
- Mardi de ...h... à ...h...
- Mercredi de ...h... à ...h...
- Jeudi de ...h... à ...h...
- Vendredi de ...h... à ...h...
- Samedi de ...h... à ...h...
- Dimanche de ...h... à ...h...

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires
- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

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

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

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

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi de ...h... à ...h...
- Mardi de ...h... à ...h...
- Mercredi de ...h... à ...h...
- Jeudi de ...h... à ...h...
- Vendredi de ...h... à ...h...
- Samedi de ...h... à ...h...
- Dimanche de ...h... à ...h...

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires
- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....

Formation de l'encadrant :

- Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
- Formation d'éducateur fédéral
- Formation sport-santé proposée par la fédération
- Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
- Formation handisport ou sport adapté
- Autre :

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

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

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

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

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi de ...h... à ...h...
- Mardi de ...h... à ...h...
- Mercredi de ...h... à ...h...
- Jeudi de ...h... à ...h...
- Vendredi de ...h... à ...h...
- Samedi de ...h... à ...h...
- Dimanche de ...h... à ...h...

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires
- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....

Formation de l'encadrant :

- Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
- Formation d'éducateur fédéral
- Formation sport-santé proposée par la fédération
- Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
- Formation handisport ou sport adapté
- Autre :

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

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

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

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

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi de ...h... à ...h...
- Mardi de ...h... à ...h...
- Mercredi de ...h... à ...h...
- Jeudi de ...h... à ...h...
- Vendredi de ...h... à ...h...
- Samedi de ...h... à ...h...
- Dimanche de ...h... à ...h...

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires
- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....

Formation de l'encadrant :

- Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
- Formation d'éducateur fédéral
- Formation sport-santé proposée par la fédération
- Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
- Formation handisport ou sport adapté
- Autre :

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

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

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

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

Si vous avez des questions, contactez Prescri'Bouge :

- au 06 03 93 60 69

- par mail : info@prescribouge.fr