

# 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](mailto:info@prescribouge.fr)**