**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)