**Plateforme Sport-Santé en Isère**

Nom de l’association : ……………………………………………………

Montant adhésion/licence : ……………………………………………………

Facilité de paiement :

* Paiement en plusieurs fois
* Coupons sport
* Chèques vacances
* Autre : ……………………………………………………

Dirigeant associatif référent :

* NOM et Prénom : …………………………………………………………….
* Numéro de téléphone : ……………………………………………………
* Adresse mail : ………………………………………………………………….

**Nom de l’activité physique et/ou sportive : ……………………………………………………**

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

* Public éloigné de la pratique (pour raison territoriale ou sociale),
* Public sédentaire,
* Public avançant en âge,
* Diabète de type 1,
* Diabète de type 2,
* Obésité,
* Maladies cardiovasculaires,
* Maladies respiratoires,
* Cancer
* Public en situation de handicap intellectuel,
* Public en situation de handicap psychique,
* Public en situation de handicap moteur,
* Public en situation de handicap sensoriel,
* Public en situation de polyhandicap,
* Autre : ……………………………………………………

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 référant :

* NOM et Prénom : …………………………………………………………….
* Numéro de téléphone : ……………………………………………………
* Adresse mail : ………………………………………………………………….

Formation de l’encadrant :

* Formation d’éducateur fédéral
* Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
* Formation sport-santé proposée par la fédération
* Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
* Formation handisport ou sport adapté
* Certificat de Spécialisation "Animation et maintien de l’autonomie de la personne multisport santé bien-être"
* Autre : ……………………………………………………

Merci d’indiquer les intitulés exacts des formations : ………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom de l’activité physique et/ou sportive : ……………………………………………………**

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

* Public éloigné de la pratique (pour raison territoriale ou sociale),
* Public sédentaire,
* Public avançant en âge,
* Diabète de type 1,
* Diabète de type 2,
* Obésité,
* Maladies cardiovasculaires,
* Maladies respiratoires,
* Cancer
* Public en situation de handicap intellectuel,
* Public en situation de handicap psychique,
* Public en situation de handicap moteur,
* Public en situation de handicap sensoriel,
* Public en situation de polyhandicap,
* Autre : ……………………………………………………

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 référant

* NOM et Prénom : …………………………………………………………….
* Numéro de téléphone : ……………………………………………………
* Adresse mail : ………………………………………………………………….

Formation de l’encadrant :

* Formation d’éducateur fédéral
* Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
* Formation sport-santé proposée par la fédération
* Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
* Formation handisport ou sport adapté
* Certificat de Spécialisation "Animation et maintien de l’autonomie de la personne multisport santé bien-être"
* Autre : ……………………………………………………

Merci d’indiquer les intitulés exacts des formations : ………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nom de l’activité physique et/ou sportive : ……………………………………………………**

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

* Public éloigné de la pratique (pour raison territoriale ou sociale),
* Public sédentaire,
* Public avançant en âge,
* Diabète de type 1,
* Diabète de type 2,
* Obésité,
* Maladies cardiovasculaires,
* Maladies respiratoires,
* Cancer
* Public en situation de handicap intellectuel,
* Public en situation de handicap psychique,
* Public en situation de handicap moteur,
* Public en situation de handicap sensoriel,
* Public en situation de polyhandicap,
* Autre : ……………………………………………………

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 référant

* (NOM et Prénom) : ……………………………………………………
* Numéro de téléphone : ……………………………………………………
* Adresse mail : ……………………………………………………

Formation de l’encadrant :

* Formation d’éducateur fédéral
* Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
* Formation sport-santé proposée par la fédération
* Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
* Formation handisport ou sport adapté
* Certificat de Spécialisation "Animation et maintien de l’autonomie de la personne multisport santé bien-être"
* Autre : ……………………………………………………

Merci d’indiquer les intitulés exacts des formations : ………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Si vous avez des questions, contactez Fanny Bizard :**

**- au 06 03 93 60 69**

**- par mail :** **f.bizard@cdos-isere.com**