|  |
| --- |
| INFORMATIONS RELATIVES A LA STRUCTURE |
| **Nom de la structure** |  |
| **Coordonnées publiques****de la structure** | AdresseComplémentCode Postal | VilleTéléphoneMailSite InternetFacebook |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Dates & Horaires****d’ouverture :** | Lundi |  |
| Mardi |  |
| Mercredi |  |
| Jeudi |  |
| Vendredi |  |
| Samedi |  |
| Dimanche |  |
| **Description****de la structure**Présentez explicitement la structure, ses services, ses objectifs, ses valeurs …N’ayez pas peur de détailler. |  |
| **NOM / Prénomdu référentde la structure** |  |
| **Coordonnées directesdu référent :** | Mail |  |
| Téléphone |  |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS SUR LES ACTIVITES  |
| **Nom de l’activité** |  |
| **Description****de l’activité**Ses objectifs, ses bienfaits, présentez le déroulement d’une séance type… |  |
| **Adresse du/des site(s)de pratique**Si différente(s) de l’adressede la structure |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **NOM/Prénom****de l’/des encadrant(s)** |  |
| **Diplômes et qualifications****des personnes encadrantes** |  |
| **Type de groupe** | Public type accueilli :  |  |
| Niveau des participants : |  |
| Groupes de niveau :  |  | OUI |  | NON |
| Moyenne d’âge des pratiquants : |  |
| **L’activité est-elle adaptée à des personnes :** |
| **- atteintes de maladies chroniques**(obésité, pathologie cardiaque, etc.) **?** |  | OUI |  | NON |
| **- atteintes d’un handicap mental ?** |  | OUI |  | NON |
| **Nombre de personnespar séance** |  |
| **Horaires et jours des séances « classiques »** | Lundi |  |
| Mardi |  |
| Mercredi |  |
| Jeudi |  |
| Vendredi |  |
| Samedi |  |
| Dimanche |  |

|  |
| --- |
| COÛTS LIES A LA PRATIQUE  |
| **Proposez-vous des séances d’initiation gratuite :** |  | OUI |  | NON |
| **Si non, quel est le coût d’une séance d’initiation ?** |  |
| **Coût de la pratique régulière de l’activité** (adhésion à l’année, tarification à la séance, etc…) |  |
| **Existe-t-il un tarif dégressif si début de l’activité en cours d’année ?**  |  | OUI |  | NON |
| **Si oui lequel ?** |  |
| **Une tenue particulière pour la pratique est-elle nécessaire ?** |   | OUI |  | NON |
| **Si oui laquelle ?** |  |
| **Quel matériel est mis à disposition ?** |  |

|  |
| --- |
| VEUILLEZ VÉRIFIER QUE TOUTES LES INFORMATIONSONT ÉTÉ CORRECTEMENT SAISIES |
| **Retournez ce formulaire par mail en joignant le logo de votre structure** |
| (jpeg, png, pdf, svg… - 300px x 300px minimum) |
| **mheroguez@santedouaisis.fr** |

|  |
| --- |
| Si votre structure propose plusieurs activités de Sport-Santé,complétez le ou les formulaires ci-dessous |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS SUR LES ACTIVITES  |
| **Nom de l’activité n°2** |  |
| **Description****de l’activité**Ses objectifs, ses bienfaits, présentez le déroulement d’une séance type… |  |
| **Adresse du/des site(s)de pratique**Si différente(s) de l’adressede la structure |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **NOM/Prénom****de l’/des encadrant(s)** |  |
| **Diplômes et qualifications****des personnes encadrantes** |  |
| **Type de groupe** | Public type accueilli :  |  |
| Niveau des participants : |  |
| Groupes de niveau :  |  | OUI |  | NON |
| Moyenne d’âge des pratiquants : |  |
| **L’activité est-elle adaptée à des personnes :** |
| **- atteintes de maladies chroniques**(obésité, pathologie cardiaque, etc.) **?** |  | OUI |  | NON |
| **- atteintes d’un handicap mental ?** |  | OUI |  | NON |
| **Nombre de personnespar séance** |  |
| **Horaires et jours des séances « classiques »** | Lundi |  |
| Mardi |  |
| Mercredi |  |
| Jeudi |  |
| Vendredi |  |
| Samedi |  |
| Dimanche |  |

|  |
| --- |
| COÛTS LIES A LA PRATIQUE  |
| **Proposez-vous des séances d’initiation gratuite :** |  | OUI |  | NON |
| **Si non, quel est le coût d’une séance d’initiation ?** |  |
| **Coût de la pratique régulière de l’activité** (adhésion à l’année, tarification à la séance, etc…) |  |
| **Existe-t-il un tarif dégressif si début de l’activité en cours d’année ?**  |  | OUI |  | NON |
| **Si oui lequel ?** |  |
| **Une tenue particulière pour la pratique est-elle nécessaire ?** |   | OUI |  | NON |
| **Si oui laquelle ?** |  |
| **Quel matériel est mis à disposition ?** |  |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS SUR LES ACTIVITES  |
| **Nom de l’activité n°3** |  |
| **Description****de l’activité**Ses objectifs, ses bienfaits, présentez le déroulement d’une séance type… |  |
| **Adresse du/des site(s)de pratique**Si différente(s) de l’adressede la structure |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **NOM/Prénom****de l’/des encadrant(s)** |  |
| **Diplômes et qualifications****des personnes encadrantes** |  |
| **Type de groupe** | Public type accueilli :  |  |
| Niveau des participants : |  |
| Groupes de niveau :  |  | OUI |  | NON |
| Moyenne d’âge des pratiquants : |  |
| **L’activité est-elle adaptée à des personnes :** |
| **- atteintes de maladies chroniques**(obésité, pathologie cardiaque, etc.) **?** |  | OUI |  | NON |
| **- atteintes d’un handicap mental ?** |  | OUI |  | NON |
| **Nombre de personnespar séance** |  |
| **Horaires et jours des séances « classiques »** | Lundi |  |
| Mardi |  |
| Mercredi |  |
| Jeudi |  |
| Vendredi |  |
| Samedi |  |
| Dimanche |  |

|  |
| --- |
| COÛTS LIES A LA PRATIQUE  |
| **Proposez-vous des séances d’initiation gratuite :** |  | OUI |  | NON |
| **Si non, quel est le coût d’une séance d’initiation ?** |  |
| **Coût de la pratique régulière de l’activité** (adhésion à l’année, tarification à la séance, etc…) |  |
| **Existe-t-il un tarif dégressif si début de l’activité en cours d’année ?**  |  | OUI |  | NON |
| **Si oui lequel ?** |  |
| **Une tenue particulière pour la pratique est-elle nécessaire ?** |   | OUI |  | NON |
| **Si oui laquelle ?** |  |
| **Quel matériel est mis à disposition ?** |  |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS SUR LES ACTIVITES  |
| **Nom de l’activité n°4** |  |
| **Description****de l’activité**Ses objectifs, ses bienfaits, présentez le déroulement d’une séance type… |  |
| **Adresse du/des site(s)de pratique**Si différente(s) de l’adressede la structure |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **NOM/Prénom****de l’/des encadrant(s)** |  |
| **Diplômes et qualifications****des personnes encadrantes** |  |
| **Type de groupe** | Public type accueilli :  |  |
| Niveau des participants : |  |
| Groupes de niveau :  |  | OUI |  | NON |
| Moyenne d’âge des pratiquants : |  |
| **L’activité est-elle adaptée à des personnes :** |
| **- atteintes de maladies chroniques**(obésité, pathologie cardiaque, etc.) **?** |  | OUI |  | NON |
| **- atteintes d’un handicap mental ?** |  | OUI |  | NON |
| **Nombre de personnespar séance** |  |
| **Horaires et jours des séances « classiques »** | Lundi |  |
| Mardi |  |
| Mercredi |  |
| Jeudi |  |
| Vendredi |  |
| Samedi |  |
| Dimanche |  |

|  |
| --- |
| COÛTS LIES A LA PRATIQUE  |
| **Proposez-vous des séances d’initiation gratuite :** |  | OUI |  | NON |
| **Si non, quel est le coût d’une séance d’initiation ?** |  |
| **Coût de la pratique régulière de l’activité** (adhésion à l’année, tarification à la séance, etc…) |  |
| **Existe-t-il un tarif dégressif si début de l’activité en cours d’année ?**  |  | OUI |  | NON |
| **Si oui lequel ?** |  |
| **Une tenue particulière pour la pratique est-elle nécessaire ?** |   | OUI |  | NON |
| **Si oui laquelle ?** |  |
| **Quel matériel est mis à disposition ?** |  |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS SUR LES ACTIVITES  |
| **Nom de l’activité n°5** |  |
| **Description****de l’activité**Ses objectifs, ses bienfaits, présentez le déroulement d’une séance type… |  |
| **Adresse du/des site(s)de pratique**Si différente(s) de l’adressede la structure |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **NOM/Prénom****de l’/des encadrant(s)** |  |
| **Diplômes et qualifications****des personnes encadrantes** |  |
| **Type de groupe** | Public type accueilli :  |  |
| Niveau des participants : |  |
| Groupes de niveau :  |  | OUI |  | NON |
| Moyenne d’âge des pratiquants : |  |
| **L’activité est-elle adaptée à des personnes :** |
| **- atteintes de maladies chroniques**(obésité, pathologie cardiaque, etc.) **?** |  | OUI |  | NON |
| **- atteintes d’un handicap mental ?** |  | OUI |  | NON |
| **Nombre de personnespar séance** |  |
| **Horaires et jours des séances « classiques »** | Lundi |  |
| Mardi |  |
| Mercredi |  |
| Jeudi |  |
| Vendredi |  |
| Samedi |  |
| Dimanche |  |

|  |
| --- |
| COÛTS LIES A LA PRATIQUE  |
| **Proposez-vous des séances d’initiation gratuite :** |  | OUI |  | NON |
| **Si non, quel est le coût d’une séance d’initiation ?** |  |
| **Coût de la pratique régulière de l’activité** (adhésion à l’année, tarification à la séance, etc…) |  |
| **Existe-t-il un tarif dégressif si début de l’activité en cours d’année ?**  |  | OUI |  | NON |
| **Si oui lequel ?** |  |
| **Une tenue particulière pour la pratique est-elle nécessaire ?** |   | OUI |  | NON |
| **Si oui laquelle ?** |  |
| **Quel matériel est mis à disposition ?** |  |