|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMATIONS RELATIVES A LA STRUCTURE | | | | | |
| **Nom de la structure** |  | | | | |
| **Coordonnées publiques**  **de la structure** | Adresse  Complément  Code Postal | Ville  Téléphone  Mail  Site Internet  Facebook | |  | | |
|  | | |
|  |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **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 / Prénom du référent de la structure** |  | | | | |
| **Coordonnées directes du 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’adresse  de 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 personnes par 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 INFORMATIONS  ONT 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’adresse  de 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 personnes par 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’adresse  de 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 personnes par 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’adresse  de 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 personnes par 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’adresse  de 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 personnes par 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 ?** |  | | | | |