

# PRESCRI' m@uv

Bouger plus pour vivre mieux !

## Label Prescri'mouv : FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Tous les éléments demandés dans ce formulaire sont importants et conditionnent l'attribution de ce label.

### IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

#### 1. Structure

Nom :

Statut:

Numéro SIRET :

Adresse du siège social :

*adresse complète, par ex. 10 bis rue de la Fontaine BP 421*

*Code postal*

*Commune / Localité*

Adresse de correspondance :

*Si elle est différente de l'adresse du siège social*

*adresse complète, par ex. ZI Nord Impasse des Chênes CS 40021*

*Code postal*

*Commune / Localité*

Téléphone :  Courriel :

Site Internet :

Fédération ou groupement national auquel est affiliée la structure - *Indiquer le nom complet*

## 2. Représentant légal de la structure

Président ou autre personne désignée par les statuts

Fonction dans la structure (président, secrétaire, trésorier...) :

Civilité :

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

## 3. Référent administratif en charge du dossier de demande de labellisation (si différent du représentant légal de la structure)

Fonction dans la structure (président, secrétaire, trésorier...) :

Civilité :

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

# OFFRE DE CRENEAUX SPORT-SANTE (PAGE 1/2)

Remplir la fiche ci-dessous (page 1 et 2) pour chaque créneau proposé (modèle en annexe 4)

Numéro du créneau :

## 1. Identification du ou des intervenant(s) du créneau :

Intervenant principal : (NOM Prénom)	
Intervenant 2 : (NOM Prénom)	
Intervenant 3 : (NOM Prénom)	

Pour chaque intervenant, joindre au dossier :

- Annexe 1 : Fiche d'information renseignée
- Annexe 3 : Charte renseignée, signée
- Copie des diplômes (ou le cas échéant, annexe 5 : Dossier de demande d'équivalence)
- Copie de la carte professionnelle
- Attestation de moins de 3 ans pour la formation Prévention et secours civique de niveau 1

## 2. Identification du créneau sport santé

<b>Nom du créneau (le cas échéant) :</b>	
<b>Discipline sportive :</b>	
<b>Pathologies concernées :</b>	<input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Cancer colorectal <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Maladie coronaire stabilisée <input type="checkbox"/> Obésité OU <input type="checkbox"/> Toutes pathologies Prescri'mouv
<b>Si prise en charge de pathologies différentes de celles prévues dans le cadre de Prescri'mouv, précisez :</b>	
<b>Jour :</b>	
<b>Horaires :</b>	
<b>Indiquer ici les périodes de fermeture du créneau :</b>	

## 3. Description du créneau sport santé

Décrire l'offre de pratique dédiée :

*Par ex. nombre de séances, évolution de l'activité dans le temps, créneaux individuels dédiés, intégration dans un groupe collectif dédié ou traditionnel, utilisation de matériels spécifiques, pédagogie...*

## SUITE : OFFRE DE CRENEAUX SPORT-SANTE (PAGE 2/2)

Numéro du créneau (rappel):

### 4. Lieu de pratique Principal :

Adresse:

### 5. Autre lieu de pratique :

Adresse:

### 6. Tarifs et accessibilité financière

Préciser le ou les tarif(s) de l'activité (pour chaque année si connu(s)) :

Première année :	<input type="text"/>
Deuxième année :	<input type="text"/>
Troisième année :	<input type="text"/>

Un dispositif financier adapté est-il mis en place pour l'accueil des personnes socialement défavorisées ?  Oui  Non

Si oui, détailler le dispositif financier mis en place : (Par ex. paiement en plusieurs fois, licence spécifique et coût de la séance...)

## PIECES A FOURNIR

- le mandat portant la signature de l'une des personnes en charge de l'administration de votre structure (annexe 2)
- l'attestation d'assurance de la structure
- pour chaque intervenant encadrant un créneau sport santé, joindre :
  - la fiche d'information dûment complétée et scannée ou photocopiee (annexe 1)
  - une attestation de moins de 3 ans pour la formation Prévention et secours civique de niveau 1
  - une copie de ses diplômes et de sa carte professionnelle
  - Le cas échéant, le dossier de demande d'équivalence formation (annexe 5)
  - la charte d'engagement de l'éducateur sportif signée (annexe3)



**ANNEXE 1 - Fiche d'information par intervenant  
Sport-Santé**

Structure :

**1. Intervenant**

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom :  Prénom :

Téléphone :  Courriel :

Statut :  Salarié(e)                       Bénévole                       Prestataire APA  
 Autre (préciser) :

Numéro de la carte  
professionnelle (optionnel):  
*(Joindre une copie au dossier)*

**2. Formation initiale permettant l'encadrement sportif (joindre copie du/des diplôme(s))**

Diplôme :  universitaire     d'Etat     fédéral     autre (préciser) :

Titre du diplôme :

Complément  
d'informations sur le  
diplôme :

**3. Formation sport-santé (joindre copie du/des diplôme(s))**

Titre de la formation	Date d'obtention	Organisme formateur
<input type="radio"/> Niveau 1 sport santé		
<input type="radio"/> Niveau 2 sport santé		
<input type="radio"/> Autres formations sport-santé (préciser) :		
<i>(Une demande d'équivalence est possible via l'annexe 5.)</i>		

**4. Formation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1, PSCE,..)**

Titre de la formation :

Date de la dernière session de formation :  /  /

**Annexe 1 (suite)**

Nom :  Prénom :

**5. Autres formations** *(joindre copie du/des diplôme(s))*

Diplôme :  universitaire  d'Etat  fédéral  autre (préciser) :

Titre du diplôme :

Complément  
d'information sur le  
diplôme :

Diplôme :  universitaire  d'Etat  fédéral  autre (préciser) :

Titre du diplôme :

Complément  
d'information sur le  
diplôme :

Diplôme :  universitaire  d'Etat  fédéral  autre (préciser) :

Titre du diplôme :

Complément  
d'information sur le  
diplôme :

Diplôme :  universitaire  d'Etat  fédéral  autre (préciser) :

Titre du diplôme :

Complément  
d'information sur le  
diplôme :

# PRESCRI' m@ouv

*Bouger plus pour vivre mieux !*

## ANNEXE 2 : déclaration de candidature

Cette page devra être imprimée, complétée et signée, scannée puis transmise selon les modalités proposées dans le guide

Le signataire de la déclaration doit être l'une des personnes en charge de l'administration de la structure ou son mandataire.  
Si le signataire n'est pas le représentant légal de la structure, joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, représentant(e) légal(e) de la structure  
*Nom, prénom*

Structure : \_\_\_\_\_  
*Préciser son nom*

- certifie que la structure est régulièrement déclarée,
- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier de candidature pour l'obtention du label **Prescri'mouv**,
- accepte, en cas de labellisation, de figurer dans l'annuaire régional regroupant les structures labélisées **Prescri'mouv**.

Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service auprès duquel vous avez déposé votre dossier. Les articles 39 et suivants de cette loi vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature*



# PRESCRI' m@uv

*Bouger plus pour vivre mieux !*

## ANNEXE 3 - Charte de l'intervenant Prescri'mouv

En tant qu'intervenant en activité physique dans le dispositif Prescri'mouv, je m'engage à :

- Respecter le patient dans sa globalité d'être humain et ses valeurs ;
- Lui porter un regard bienveillant et exempt de jugement ;
- Recueillir oralement son consentement libre et éclairé avant toute pratique physique ;
- Lui proposer une activité physique conforme à mes compétences et adaptée à son état de santé ;
- Lui prodiguer des conseils en activité physique conformes aux données actuelles de la science et aux programmes nationaux de santé en cours ;
- Lui garantir la confidentialité des données personnelles, médicales et familiales dont il me ferait part ou dont j'aurais pris connaissance par ailleurs ;
- M'interdire toute immixtion dans un domaine qui ne relève pas strictement de mes compétences professionnelles ;
- Respecter les exigences du cahier de charges Prescri'mouv pour ma structure ;
- Actualiser mes connaissances et compétences dans le domaine de l'activité physique et sportive appliquée aux bénéficiaires de Prescri'mouv.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Fait \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

*Signature*

## OFFRE DE CRENEAUX SPORT-SANTE (PAGE 1/2)

Numéro du créneau :

### 1. Identification du ou des intervenant(s) du créneau :

Intervenant principal : (NOM Prénom)	
Intervenant 2 : (NOM Prénom)	
Intervenant 3 : (NOM Prénom)	

Pour chaque intervenant, joindre au dossier :

- Annexe 1 : Fiche d'information renseignée
- Annexe 3 : Charte renseignée, signée
- Copie des diplômes (ou le cas échéant, annexe 5 : Dossier de demande d'équivalence)
- Copie de la carte professionnelle
- Attestation de moins de 3 ans pour la formation Prévention et secours civique de niveau 1

### 2. Identification du créneau sport santé

Nom du créneau (le cas échéant) :	
Discipline sportive :	
Pathologies concernées :	<input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Cancer colorectal <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Maladie coronaire stabilisée <input type="checkbox"/> Obésité OU <input type="checkbox"/> Toutes pathologies Prescri'mouv
Si prise en charge de pathologies différentes de celles prévues dans le cadre de Prescri'mouv, précisez :	
Jour :	
Horaires :	
Indiquer ici les périodes de fermeture du créneau :	

### 3. Description du créneau sport santé

Décrire l'offre de pratique dédiée :

*Par ex. nombre de séances, évolution de l'activité dans le temps, créneaux individuels dédiés, intégration dans un groupe collectif dédié ou traditionnel, utilisation de matériels spécifiques, pédagogie...*

## SUITE : OFFRE DE CRENEAUX SPORT-SANTE (PAGE 2/2)

Numéro du créneau (rappel):

### 4. Lieu de pratique Principal :

Adresse:

### 5. Autre lieu de pratique :

Adresse:

### 6. Tarifs et accessibilité financière

Préciser le ou les tarif(s) de l'activité (pour chaque année si connu(s)) :

Première année :	<input type="text"/>
Deuxième année :	<input type="text"/>
Troisième année :	<input type="text"/>

Un dispositif financier adapté est-il mis en place pour l'accueil des personnes socialement défavorisées ?  Oui  Non

Si oui, détailler le dispositif financier mis en place : (Par ex. paiement en plusieurs fois, licence spécifique et coût de la séance...)