

JUIN 2016

APPEL A PROJETS DE L'OMS DE SAINT-PAUL :
« **SPORT SUR ORDONNANCE, OMS SAINT-PAUL** »

DOSSIER DE CANDIDATURE

1. IDENTIFICATION DE VOTRE STRUCTURE

LA STRUCTURE

NOM DE LA STRUCTURE	
ADRESSE DU SIEGE SOCIAL	
TELEPHONE	
E-MAIL	
N° SIRET	

Date de création de la structure :

Forme juridique :

- Association loi 1901 Coopérative
 En cours de création Autre, précisez : _____

LE RESPONSABLE LEGAL

NOM ET PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
E-MAIL	

LE RESPONSABLE DU PROJET (SI DIFFERENT DU RESPONSABLE LEGAL)

NOM ET PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
E-MAIL	

2. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE COURANTE DE VOTRE STRUCTURE

Titre de l'activité.	
Description synthétique de l'activité.	
Utilité sociale de l'activité. (objectif, public visé...)	

3. PRESENTATION DE VOTRE PROJET SPORT SUR ORDONNANCE

Titre de l'activité Sport sur Ordonnance proposée par votre structure à l'OMS.	
Objectif(s) de votre proposition.	
Public cible.	<ul style="list-style-type: none"> - âge : - sexe : <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> HOMME - type de pathologie : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OBESITE <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> HYPERTENSION <input type="checkbox"/> ASTHME <input type="checkbox"/> PATHOLOGIES OSTEO ARTICULAIRES <input type="checkbox"/> PATHOLOGIE GRAVE CHRONIQUE (cancer)

Type de créneau(x).	<input type="checkbox"/> un créneau réservé aux bénéficiaires du dispositif <input type="checkbox"/> un créneau partagé avec les autres adhérents de votre structure
Lieu de pratique. (adresse complète)	
Jour(s) de pratique.	
Heures de pratique.	
<p>Description synthétique de votre proposition d'activité physique dans le cadre de Sport sur Ordonnance.</p>	

3. PRESENTATION DE(S) L'INTERVENANT(S) SPORT SUR ORDONNANCE

Rappel > pour chaque intervenant, merci de joindre à ce dossier :

- Copie(s) des attestation(s) de formation(s) et/ou diplôme(s) professionnel(s) du/des futur(s) intervenant(s).
- Copie(s) des attestation(s) de formation(s) en secourisme du/des futur(s) intervenant(s).
- CV du/des futur(s) intervenant(s).

INTERVENANT N°1

NOM ET PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
E-MAIL	
STATUT	<input type="checkbox"/> Enseignant en Activités Physiques Adaptées <input type="checkbox"/> Educateur sportif spécialisé sport santé <input type="checkbox"/> Autre : <u>Secourisme :</u> <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> Autre :

INTERVENANT N°2

NOM ET PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
E-MAIL	
STATUT	<input type="checkbox"/> Enseignant en Activités Physiques Adaptées <input type="checkbox"/> Educateur sportif spécialisé sport santé <input type="checkbox"/> Autre : <u>Secourisme :</u> <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> Autre :

INTERVENANT N°3

NOM ET PRENOM	
ADRESSE	
TELEPHONE	
E-MAIL	
STATUT	<input type="checkbox"/> Enseignant en Activités Physiques Adaptées <input type="checkbox"/> Educateur sportif spécialisé sport santé <input type="checkbox"/> Autre : <u>Secourisme :</u> <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> Autre :

AUTHENTICITE DES INFORMATIONS

Je soussigné (nom, prénom) :

Représentant(e) légal(e) de la structure:

- Déclare que la structure est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant.
- Certifie exactes les informations du présent dossier.

Date et signature du/de la représentant(e) légal(e) de la structure :