APPEL A PROJETS

*SPORT SUR ORDONNANCE 2023*

 *OMSEP DE SAINT-PAUL*

*DOSSIER DE CANDIDATURE*

Pour candidater à l’appel à projets Sport Sur Ordonnance, OMSEP de Saint-Paul 2022, nous vous prions de remplir le dossier ci-dessous, et de le transmettre à l’adresse mail suivante : *sportsante@oms-saintpaul.re*

*Avant le :* ***04 NOVEMBRE 2022***

*Pour toute question, contactez le Secrétariat Sport Santé*

*Par téléphone au 0262 45 91 96*

*Par mail* *sportsante@oms-saintpaul.re*

**DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DOSSIER**

Rappel : les dossiers incomplets ne sont pas recevables.

**Commun :**

* Copie des attestation(s) de formation(s) et/ou diplôme(s) professionnels du/des futur(s) intervenant(s)
* Copie des attestation(s) de formation(s) en secourisme du/des futur(s) intervenant(s).

Extrait du casier judiciaire (bulletin n°3)

* CV du/des futur(s) intervenant(s)
* Attestation d’assurance (responsabilité civile) de la structure d’accueil en cours de validité, signée par l’assureur et l’assuré

Un planning prévisionnel des séances composants chaque module proposé pour l’année 2022

* Attestation à jour : déclarations et paiements des cotisations et contributions sociales

**Spécifique aux associations**

* Photocopie du récépissé de déclaration officielle en Préfecture
* Photocopie de la publication au Journal Officiel
* Statuts de l’association
* Documents de présentation de la structure et des personnes qui la composent : plaquette de présentation si vous en avez une, composition du CA et du bureau
* Numéro SIRET

**Spécifique aux entreprises ou autres**

* Numéro SIRET
* Code APE
1. **IDENTIFICATION DE VOTRE STRUCUTRE**
* **La structure**

Nom de la structure :

Adresse du siège social :

Téléphone :

Adresse mail :

N° de SIRET/SIREN :

Date de création de la structure :

Forme Juridique :

[ ]  Association loi 1901

[ ]  Coopérative

[ ]  Entreprise individuelle

[ ]  Autre (précisez) :

* **Le(a) responsable légal(e) de la structure**

Prénom :

Nom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :

* **Description de l’activité courante de votre structure**

Discipline(s) / activités(s) proposée(s) :

Objectifs de la structure :

Public cible de la structure :

Description de(s) discipline(s) / activité(s) proposée(s) :

Utilité sociale de la structure :

1. **PRESENTATION DE VOTRE PROJET SPORT SUR ORDONNANCE**
* **Le(a) responsable du projet**

Prénom :

Nom :

Téléphone :

Adresse mail :

* **Description de votre projet Sport Sur Ordonnance**

Titre de l’activité Sport Sur Ordonnance proposée par votre structure à l’OMSEP :

Objectif(s) de votre projet :

Public cible de votre projet (cliquez pour sélectionner les cases):

[ ]  Maladies métaboliques

[ ]  Maladies cardiovasculaires

[ ]  Maladies respiratoires

[ ]  Maladies rhumatologiques / immuno-inflammatoires

[ ]  Maladies neurologiques

[ ]  Maladies psychiatriques

[ ]  Cancers

[ ]  Autre(s) :

* **Présentation des intervenants Sport Sur Ordonnance**

Nombre d’intervenant(s) participant(s) au projet :

**Intervenant n°1**

Prénom :

Nom :

Téléphone :

Adresse mail :

Formation :

Formation de secourisme : ☐OUI ☐NON.

Préciser le nom et la date de la formation de secourisme acquise :

**Intervenant n°2**

Prénom :

Nom :

Téléphone :

Adresse mail :

Formation :

Formation de secourisme : ☐OUI ☐NON.

Préciser le nom et la date de la formation de secourisme acquise :

Pour ajouter un intervenant complémentaire, copiez, collez cette page et modifier le numéro d’intervenant.

* **Description des modules Sport Sur Ordonnance**

*Rappel : Un module définit l’ensemble des critères de votre proposition de séances d’activités physiques hebdomadaires sur un créneau horaire et un jour fixe.*

**Module n°1**

Nom du module :

Intervenant(s) du module :

Type de module :

[ ]  Dédié (ouvert uniquement au public de l’OMSEP de Saint Paul)

[ ]  Partagé (ouvert au public de l’OMSEP de Saint Paul et aux pratiquants de votre structure)

Nombre de places disponibles dans le module :

Public attendu dans le module :

Créneau horaire et jour de pratique :

Lieu de pratique de l’activité physique :

Description du contenu pédagogique du module :

**Module n°2**

Nom du module :

Intervenant(s) du module :

Type de module :

[ ]  Dédié (ouvert uniquement au public de l’OMSEP de Saint Paul)

[ ]  Partagé (ouvert au public de l’OMSEP de Saint Paul et aux pratiquants de votre structure)

Nombre de places disponibles dans le module :

Public attendu dans le module :

Créneau horaire et jour de pratique :

Lieu de pratique de l’activité physique :

Description du contenu pédagogique du module :

Pour tout module complémentaire, copiez, collez cette page et modifier le numéro de module.

1. **Informations complémentaires :**

Rappel : Le dispositif Sport Sur Ordonnance a pour objectif de développer une pratique durable autonome qui ne se confonde pas avec celle de la rééducation, mais qui puisse lui succéder ou se développer en parallèle en fonction de l’évolution de l’état de santé des bénéficiaires.

**Dans cette dynamique, êtes-vous en mesure de dispenser des séances d’activités physiques complémentaires à celles proposées dans votre projet Sport Sur Ordonnance ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, veuillez indiquer les horaires, les tarifs à la séance/mois/année de ces séances d’activités physiques :

* Prix de la licence :
* Prix de l’inscription à l’année :
* Prix unitaire de la séance :

**Êtes-vous en mesure de proposer une séance d’essai gratuite aux bénéficiaires ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, précisez les conditions :

**Êtes-vous en mesure de proposer des tarifs préférentiels aux bénéficiaires SSO qui voudraient bénéficier d’autres séances au sein de votre structure en tant qu’adhérent licencié ?**

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, décrivez :

**Ci-dessous, mettez en avant succinctement les informations valorisant votre structure:**

1. **Authenticité DES INFORMATIONS**

Je soussigné Monsieur/Madame :

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

Déclare être en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant et certifie l’exactitude des informations du présent dossier.

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