

AAP SPORT SUR ORDONNANCE 2026 OMSEP DE SAINT-PAUL OCTOBRE 2025

DOSSIER DE CANDIDATURE

Pour candidater à l'appel à projets Sport Sur Ordonnance, de la Maison Sport Santé de L'OMSEP de Saint-Paul 2025, nous vous prions de remplir le dossier ci-dessous, et de le transmettre aux adresses mail suivante : sportsante@oms-saintpaul.re / bturpin@oms-saintpaul.re / mlevent@oms-saintpaul.re

Jusqu'au : 26 OCTOBRE 2025

*Pour toute question, contactez les référents EAPAS
Par téléphone au 0692 57 14 01 ou au 06 92 78 91 78
Par mail bturpin@oms-saintpaul.re / mlevent@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 de la carte professionnelle d'éducateur sportif
- Copie des attestation(s) de formation(s) en secourisme du/des futur(s) intervenant(s).
- 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 2025

Spécifique aux associations

- Numéro SIRET

Spécifique aux entreprises ou autres

- Attestation au Répertoire SIRENE/SIRET

1. IDENTIFICATION DE VOTRE STRUCTURE

- **La structure**

Nom de la structure :

Adresse du siège social de la structure :

Téléphone de la structure :

Adresse mail de la structure:

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 :

2. 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 :

En répondant à ce cet appel à projet, vous proposerez des séances Sport Santé Sur Ordonnance au public ciblé dans le cadre du dispositif Sport Sur Ordonnance de l'OMSEP de Saint-Paul :

- Maladies métaboliques (ALD ou non)
- Maladies cardiovasculaires (ALD ou non)
- Maladies respiratoires (ALD ou non)
- Maladies rhumatologiques / immuno-inflammatoires (ALD ou non)
- Maladies neurologiques (ALD ou non)
- Maladies psychiatriques (ALD ou non)
- Troubles de l'usage de l'alcool
- Troubles de l'usage tabagique
- Cancers en rémission

Le public Sport Sur Ordonnance

Quelles sont les publics auprès desquels vous exprimez des difficultés à proposer du Sport Santé Sur Ordonnance ?

Souhaiteriez-vous une formation pour améliorer vos compétences auprès de ce public ?

- **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, jusqu'à 16 personnes maximum)

☐ Partagé (ouvert au public de l'OMSEP de Saint Paul (12) et aux pratiquants de votre structure (4))

Précisez le nombre de places disponibles dans le module : (vous pouvez accompagner jusqu'à 16 personnes)

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, jusqu'à 16 personnes maximum)

☐ Partagé (ouvert au public de l'OMSEP de Saint Paul (12) et aux pratiquants de votre structure (4))

Précisez le nombre de places disponibles dans le module : (vous pouvez accompagner jusqu'à 16 personnes)

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 modifiez le numéro de module.

3. 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, proposez-vous actuellement d'autres séances Sport Santé que celles proposées dans cet appel à 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 :

Remarque : Vous pouvez joindre en annexe un document d'informations sur vos séances complémentaires à celles du Sport Sur Ordonnance.

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 :

4. 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 :