

\*Obligatoire

---



# Sport Santé Pays de la Loire

## Formulaire de Candidature pour l'obtention du Label Sport Santé Prévention 1



---

Réponses obligatoires pour les questions accompagnées de \*

---

---

## PARTIE 1 : Présentation de l'association demandant le label Sport-Santé

---

### 1.1. Identification de l'association

---

1. Nom \*

.....

2. Sigle \*

.....

3. Objet \*

.....

4. Activités principales réalisées: \*

.....

.....

.....

.....

5. De quelle nature est votre association sportive? \*

unisport

omnisport

6. Votre association est omnisport, merci de préciser le nom de la section sportive demandant le label Sport-Santé:

.....

7. Adresse complète du siège social: \*

---

---

---

---

---

8. Téléphone \*

---

9. Courriel \*

---

10. Site internet

---

11. Adresse complète de correspondance, si différente de celle du siège:

---

---

---

---

---

12. Union, fédération ou réseau auquel est affiliée votre association: \*  
(Indiquez le nom complet, merci de ne pas utiliser de sigle)

---

---

---

---

---

## Représentant légal de l'association

---

(Président ou autre personne désignée par les statuts)

13. Nom du représentant légal \*

---

14. Prénom \*

---

15. **Fonction \***

---

16. **Téléphone \***

---

17. **Courriel \***

---

## **Personne chargée du présent dossier**

---

18. **Nom \***

---

19. **Prénom \***

---

20. **Fonction \***

---

21. **Téléphone \***

---

22. **Courriel \***

---

## **1.2. Renseignements administratifs et juridiques de l'association**

---

23. **Numéro de Siret : \***

---

24. **Numéro RNA ou à défaut celui du récépissé en préfecture : \***

(RNA : Répertoire National des Associations)

---

25. **Date de publication de la création au Journal Officiel : \***

---

26. **Votre association dispose-t-elle d'un ou de plusieurs agréments administratifs? \***

Non

Oui

27. **Si oui, lesquelles?**

---

---

---

---

---

28. **Votre association est-elle reconnue d'utilité publique ? \***

Non

Oui

29. **Si oui, précisez la date de publication au Journal Officiel :**

---

30. **Votre association dispose-t-elle d'un commissaire aux comptes ? \***

Non

Oui

## **1.3. Renseignements concernant les ressources humaines de l'association**

---

### **Les adhérents de l'association**

---

31. **Nombre total d'adhérents de l'association au 31 décembre de l'année écoulée: \***

---

32. \*

Nombre de femmes adhérentes:

---

33. \*

Nombre d'hommes adhérents:

---

## Moyens humains de l'association

---

34. **Nombre de bénévoles:** \*

Bénévole = personne contribuant régulièrement à l'activité de l'association, de manière non rémunérée)

---

35. **Nombre de volontaires:** \*

(ex: service civique)

---

36. **Nombre total de salariés:** \*

(Nombre comprenant les salariés administratifs, techniques, éducateurs, etc.)

---

37. **Nombre de salariés en équivalent temps plein travaillé (ETPT\*):** \*

(\*Les ETPT correspondent aux effectifs physiques pondérés par la quotité de travail. A titre d'exemple, un salarié en CDI dont la quotité de travail est de 80 % sur toute l'année correspond à 0,8 ETPT, un salarié en CDD de 3 mois, travaillant à 80 % correspond à 0,8 x 3/12 soit 0,2 ETPT. Les volontaires ne sont pas pris en compte.)

---

## 1.4. Implication(s) actuelle(s) de l'association dans la politique Sport-Santé

---

## Au niveau fédéral

---

38. **Votre fédération attribue-t-elle un label Sport-Santé ? \***

- Non     *Passez à la question 44.*
- Oui     *Passez à la question 39.*

### Label Sport-Santé de votre Fédération

39. \*

Précisez le nom de l'intitulé exact du label:

\_\_\_\_\_

40. **Avez-vous déjà demandé ce label Sport-Santé ? \***

- Non
- Oui

41. **Avez-vous obtenu ce label Sport-Santé ? \***

- Non
- Oui

42. Si Oui, précisez la date d'obtention de ce label:

\_\_\_\_\_

*Exemple : 15 décembre 2012*

43. Indiquez la durée de validité de ce label:

\_\_\_\_\_

## 1.4. Implication(s) actuelle(s) de l'association dans la politique Sport-Santé

---

### Au niveau régional

---

44. **Votre ligue (ou Comité Régional) attribue-t-elle un label Sport-Santé ? \***

- Non *Passez à la question 50.*
- Oui *Passez à la question 45.*

## Label Sport-Santé de votre Ligue ou Comité Régional

45. \*

Précisez le nom de l'intitulé exact du label:

\_\_\_\_\_

46. **Avez-vous déjà demandé ce label Sport-Santé ? \***

- Non
- Oui

47. **Avez-vous obtenu ce label Sport-Santé ? \***

- Non
- Oui

48. Si Oui, précisez la date d'obtention de ce label:

\_\_\_\_\_

*Exemple : 15 décembre 2012*

49. Indiquez la durée de validité de ce label

\_\_\_\_\_



**Label Sport Santé  
Prévention 1**



## PARTIE 2: Actions Sport-Santé de l'association

50. **L'association a-t-elle un dirigeant Sport-Santé bien identifié ? \***

( Dirigeant Sport-Santé = personne s'occupant de développer les actions Sport-Santé au sein de votre association)

- Non *Passez à la question 56.*
- Oui *Passez à la question 51.*

## Coordonnées de votre dirigeant Sport-Santé

---

51. **Nom du dirigeant Sport-Santé \***

---

52. **Prénom \***

---

53. **Fonction \***

---

54. **Téléphone \***

---

55. **Courriel \***

---

56. **L'association possède-t-elle des objectifs Sport-Santé ? \***

Non

Oui

57. Si oui, lesquels?

---

---

---

---

---

58. **L'association possède-t-elle des partenaires Sport-Santé ?**

Non

Oui

59. Si oui, lesquels?

---

---

---

---

---

60. **L'association a-t-elle attribué un budget prévisionnel à la promotion et au développement du Sport-Santé ? \***

Non

Oui

61. Si oui, de quelle nature est-il ? (montant des fond propres, subventions, partenariat, etc.)

---

---

---

---

---

## Conditions d'accueil de l'association

---

62. **Quelles sont les modalités d'accueil dont dispose l'association ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Accueil téléphonique et/ou par courriel
- Accueil physique uniquement lors des créneaux d'activités physiques par les éducateurs
- Accueil physique dans un local réservé à cet effet à temps partiel sur quelques créneaux
- Accueil physique dans un local réservé à cet effet à temps complet
- Autre : \_\_\_\_\_

63. Merci de préciser les horaires d'ouverture de l'accueil:

---

---

---

---

---

## L'organisation de la pratique sportive de l'association

---

64. **Votre association propose-t-elle des créneaux de pratique sportive Sport-Santé? \***  
(créneaux hors pratique compétitive de championnats fédéraux)

- Non     *Passez à la question 73.*
- Oui     *Passez à la question 65.*

## Informations sur vos créneaux Sport-Santé

---

65. **A quelle fréquence sont programmés vos créneaux Sport-Santé? \***

*Une seule réponse possible.*

- à la semaine (ex: 2 créneaux par semaine)
- au mois (ex: 2 créneaux par mois)
- au trimestre (ex: 2 créneaux par trimestre)
- au semestre (ex: 2 créneaux par semestre)
- à l'année (ex: 2 créneaux par an)
- Autre : \_\_\_\_\_

66. \*

Précisez le nombre de créneaux Sport-Santé sur la programmation type:

\_\_\_\_\_

67. \*

Précisez la durée, l'activité proposée et le public concerné pour chaque créneau Sport-Santé programmé:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

68. **Ces créneaux horaires de pratique Sport-Santé changent-ils : \***

D'un trimestre sur l'autre?

- Non
- Oui

69. \*

D'un semestre sur l'autre?

- Non
- Oui

70. **L'association propose-t-elle des créneaux de pratique Sport-Santé pendant les vacances scolaires? \***

- Non
- Oui

71. Les créneaux de pratique proposés sur cette période des vacances scolaires sont-ils identiques à ceux proposés lors d'une programmation type?

Oui

Non

72. Si non, merci de préciser ci-dessous en quoi ils diffèrent:

---

---

---

---

---



Label Sport Santé  
Prévention 1



---

## PARTIE 3: Lien Sportif de l'association

73. **Indiquez le nombre de personnes encadrant l'activité physique dans votre association: \***  
(Bénévoles compris)

---

74. **Indiquez le nombre de personnes encadrant l'activité SPORT-SANTE dans votre association: \***  
(Bénévoles compris)

- 0 *Passez à la question 78.*
- 1 *Passez à la question 75.*
- 2 *Passez à la question 75.*
- 3 *Passez à la question 75.*
- 4 *Passez à la question 75.*
- 5 *Passez à la question 75.*
- Autre (Compléter et Passez à la question 75.)*

## **Informations sur les Intervenants des créneaux Sport-Santé**

---

Tous les encadrants intervenant sur les créneaux Sport Santé programmés par votre association doivent figurer dans cette demande.

## 75. Informations sur l'Intervenant 1 des créneaux Sport-Santé

Intervenant	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 1</b></p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Bénévole</p> <p>Salarié</p> <p>Pour les salariés, N° de la Carte Professionnelle :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé):</p> <p>Universitaire</p> <p>d'Etat</p> <p>Fédéral</p> <p>Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu:</p> <p>Date d'obtention du diplôme:</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur:</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée:</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1?</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Titre précis de la formation Sport-Santé Suivie</p> <p>Date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>Précisez l'organisme formateur:</p> <p>Détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

## 76. Informations sur l'Intervenant 2 des créneaux Sport-Santé

Intervenant	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 2</b></p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Bénévole</p> <p>Salarié</p> <p>Pour les salariés, N° de la Carte Professionnelle :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé):</p> <p>Universitaire</p> <p>d'Etat</p> <p>Fédéral</p> <p>Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu:</p> <p>Date d'obtention du diplôme:</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur:</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée:</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1?</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Titre précis de la formation Sport-Santé Suivie</p> <p>Date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>Précisez l'organisme formateur:</p> <p>Détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

## 77. Informations sur l'Intervenant 3 des créneaux Sport-Santé

Intervenant	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 3</b></p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p>Bénévole</p> <p>Salarié</p> <p>Pour les salariés, N° de la Carte Professionnelle :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé):</p> <p>Universitaire</p> <p>d'Etat</p> <p>Fédéral</p> <p>Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu:</p> <p>Date d'obtention du diplôme:</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur:</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée:</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1?</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Titre précis de la formation Sport-Santé Suivie</p> <p>Date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>Précisez l'organisme formateur:</p> <p>Détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

78. L'association dispose-t-elle de matériels spécifiques pour une pratique adaptée de l'activité physique en fonction des caractéristiques du public?

Non

Oui

79. Si Oui, précisez la nature du matériel et le public concerné:

---

---

---

---

---



Label Sport Santé  
Prévention 1



---

## PARTIE 4: Lien Social de l'association

---

80. L'association possède-t-elle des structures adaptées permettant l'accessibilité pour tous les publics ?

*Plusieurs réponses possibles.*

Ascenseur

Accès pour les personnes handicapées

Douches accessibles aux personnes handicapées

Autre : \_\_\_\_\_

81. Un dispositif financier adapté est-il mis en place pour l'accueil des personnes socialement défavorisées ? \*

(ex: paiement en plusieurs fois, premier mois offert,...)

Non

Oui

82. Si Oui, merci de détailler le dispositif financier mis en place:

---

---

---

---

---

83. **Proposez-vous un dispositif (autre que financier) pour l'insertion et/ou l'inclusion sociale des personnes socialement défavorisées? \***

(ex: créneau ouvertes aux personnes en situation précaire,...)

Non

Oui

84. Si Oui, merci de détailler le dispositif mis en place:

---

---

---

---

---

85. **Proposez-vous un dispositif adapté aux contraintes de publics particuliers souhaitant pratiquer une activité physique?**

(ex: créneau ouvert aux parents accompagnés de leurs enfants, femmes, ...)

Non

Oui

86. Si Oui, merci de détailler le dispositif mis en place:

---

---

---

---

---

87. **L'association possède-t-elle une convention avec une collectivité locale ou intercommunale ?**

Non

Oui

88. Si Oui, avec quelle collectivité locale ?

---

89. Si Oui, en quoi consiste cette convention ?

---

---

---

---

---

90. **L'association travaille-t-elle avec des associations ressources ?**

Associations ressources: associations pouvant apporter leurs aides à votre association (matérielles, financières et/ou en personnels)

Non

Oui

91. Si Oui, précisez le nom des associations ressources:

---

---

---

---

---



**Label Sport Santé  
Prévention 1**



---

## PARTIE 5: Lien Médical de l'association

---

92. **L'association collabore-t-elle avec (plusieurs réponses possibles) :**

*Plusieurs réponses possibles.*

Un médecin

93. Merci de préciser la nature de la collaboration:

---

---

---

---

---

94.

Un centre hospitalier

95. Merci de préciser la nature de la collaboration:

---

---

---

---

---

96.

du personnel paramédical

97. Merci de préciser la nature de la collaboration:

---

---

---

---

---

98.

une aide psychologique

99. Merci de préciser la nature de la collaboration:

---

---

---

---

---

99

100. **Votre association organise-t-elle des actions en faveur de l'Alimentation ?**

Non

Oui

101. Si Oui, quelle est la nature de vos actions?

*Plusieurs réponses possibles.*

Information

Participation sur des évènements/manifestations

Autre : \_\_\_\_\_

102. Si Oui, quelle est la fréquence de vos actions?

- 1 à 2 fois par an
- 1 semaine par an
- 1 fois par mois
- Autre : .....

103. Si Oui, merci de préciser la qualification de vos intervenants (salariés de l'association ou intervenants extérieurs) :

---

---

---

---

---



## Validation de la demande de label

---

104. **Nom de la structure :** \*

---

105. **Date de la demande:** \*

*Exemple : 15 décembre 2012*

## Envoi de documents justificatifs

---

En cochant les cases ci-dessous, le demandeur certifie faire parvenir à l'adresse suivante : [p.guerin@franceolympique.com](mailto:p.guerin@franceolympique.com)

Envoi des documents justificatifs dans les 10 JOURS suivants cette demande en ligne du label Sport-Santé DÉLAI D'ENVOI NON RESPECTÉ = DEMANDE DE LABELLISATION NON ÉTUDIÉE

- une plaquette de présentation de l'action Sport Santé de l'association (organisation des créneaux Sport-Santé)

- si les encadrants Sport-Santé sont BÉNÉVOLES: fournir une photocopie du diplôme obtenu

Pour les encadrants Sport Santé SALARIES: le numéro de la carte professionnelle sera contrôlé.

106. \*

- j'accepte d'envoyer les documents justificatifs
- je refuse

## Déclaration sur l'Honneur

---

107. **Nom du demandeur :** \*

\_\_\_\_\_

108. **Qualité du demandeur :** \*

\_\_\_\_\_

109. **J'accepte les engagements imposés aux associations labellisées \***  
(Engagements listés dans le "Guide Pratique de Demande de label")

- j'en ai pris connaissance et je m'engage à les remplir
- je les refuse

110. **En cochant la case ci-dessous, \***

Le demandeur du label déclare sur l'honneur l'exactitude des informations

---