

**LABEL**  
**Sport**  
**Santé**  
*Sur Prescription*



**PROVENCE EN FORME**

Dossier de Candidature à l'obtention du  
Label « Sport Santé sur Prescription »  
de Provence en Forme

Le Sport est un vecteur de qualité pour la préservation et l'amélioration de la Santé.

**« Le sport santé sur prescription regroupe toutes les activités physiques sur prescription médicale pratiquées dans le but d'améliorer l'état de santé de la personne »**

Le label « SPORT SANTÉ » délivré pour une période de 2 ans, sous conditions du respect des critères sur cette période, vise à l'accompagnement et à la valorisation des clubs s'inscrivant dans un projet de développement de l'activité physique sur prescription. Il prend en compte les objectifs du plan Départemental Sport Santé Bien-être.

Il a également pour objectif la mise en commun des pratiques, avec une rencontre annuelle entre associations labellisées.

Dans le cadre de la labellisation Sport Santé, un créneau sport santé est un créneau d'activité physique non orienté vers la compétition, adapté aux personnes souffrant de maladies chroniques (dont Affection de Longue Durée) ou personnes en situation d'obésité. Il doit respecter les règles établies concernant le sport santé sur prescription et être encadré par des personnes qualifiées.

#### **POUR BÉNÉFICIER DU LABEL « Provence En Forme », vous devez :**

- Etre une association sportive ou une structure agréée Sport.
- Etre engagé au moment de la demande dans une action concrète en cours de mise en œuvre et pas seulement un projet d'action dans le domaine du Sport Santé.
- Être référencé sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA :

#### **CONDITIONS D'OBTENTION DU LABEL SPORT SANTÉ :**

Pour obtenir le droit de bénéficier du label « Provence En Forme », l'association s'engage à satisfaire obligatoirement les critères suivants :

- Respecter les normes d'accessibilité et de sécurité liées à la pratique d'une activité physique
- Justifier au moins d'un créneau d'activité Sport Santé sur Prescription
- Justifier de la présence d'intervenant(s) diplômé(s) et qualifié(s), répondant aux attendus en termes de compétences sur les créneaux Sport sur Prescription (respectant la circulaire jointe de l'instruction du 03 mars 2017)
- Justifier de la volonté de mettre en place un dispositif financier pour l'accueil de ce public (exemple : tarif préférentiel, paiement en plusieurs fois, 1er mois offert, etc...)

## A joindre obligatoirement au dossier :

### **1. Le justificatif de formation de chacun des intervenants déclarés dans ce dossier**

- Intervenant salarié : photocopie de la carte professionnelle et diplômes, attestations de formation
- Intervenant bénévole : photocopie du diplôme et/ou attestation de formations

### **2. Le justificatif de vos activités sport santé**

- Une plaquette de présentation de l'action Sport Santé de l'association (organisation/planning des créneaux Sport-Santé) et/ou un lien précis de votre site internet explicitant vos activités sport santé
- Le budget prévisionnel des actions Sport Santé

### **4. L'attestation d'assurance de votre association**

### **5. L'attestation d'affiliation à une fédération**

### **6. La Fiche Action dûment complétée**

Réponse obligatoire pour les questions accompagnées d'un \*

**Identification de l'association**

1. Nom de l'association demandant le label Sport-Santé\*

2. Adresse complète du siège social\* :

3. Téléphone\* :

4. Courriel\* :

5. Site internet :

6. Fédération à laquelle est affiliée votre association\* (indiquer le nom complet)

7. Numéro de Siret\*:

8. Activités physiques proposées\*

9. Nature de l'association\*

- Unisport
- Omnisport
- Multisport

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

## Représentant légal de l'association

10. Nom\* :

11. Prénom\* :

12. Fonction\* :

13. Téléphone\* :

14. Courriel\* :

## Personne chargée des actions Sport Santé (si différente du représentant légal)

15. Nom :

16. Prénom :

17. Fonction :

18. Téléphone :

19. Courriel :

## Label Fédéral

20. Disposez-vous d'un label Fédéral Sport Santé ?

OUI

NON

21. Si oui, quel est le nom de ce label ? *(Merci de joindre votre attestation)*

22. Indiquez la durée de validité de ce label :

## Autre label

23. Disposez-vous d'un autre label Sport Santé ?

OUI, merci de répondre aux questions suivantes

NON, merci de passer directement à la question n°27

24. Quel est le nom de l'organisme qui délivre ce label :

25. Quel est le nom du label :

26. Indiquez la durée de ce label :

**LIEN SOCIAL DE L'ASSOCIATION**

1. Un dispositif financier adapté est-il mis en place dans le cadre de cette action Sport Santé ? \* (ex : tarif préférentiel, paiement en plusieurs fois, séance d'essai gratuite, tarif famille, etc...)

NON

OUI, merci de détailler le dispositif financier mis en place

## Intervenants

1. Indiquez le nombre de personnes encadrant les différentes activités dans votre association (bénévoles compris) \*

2. Indiquez le nombre de personnes encadrant les activités Sport Santé dans votre association (bénévoles compris) \*

3. Parmi ces personnes encadrant les activités Sport Santé combien ont suivi une formation spécifique Sport Santé ?

4. Proposez-vous des outils de suivi des activités pour faire le lien avec le médecin ?

NON

OUI, merci de préciser le détail du suivi et le/les outil(s) utilisé(s)

5. 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)*

**Intervenant 1**  
*(dupliquer la fiche si plusieurs intervenants)*

Informations	<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bénévole <i>(joindre à la demande une photocopie du diplôme et/ou attestation de formation)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Salarié <i>(joindre à la demande une photocopie de la carte professionnelle)</i></p> <p>Pour les salariés, numéro de la carte professionnelle : _____</p>
Formation initiale	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé en lien avec l'activité) :</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme National Universitaire   <input type="checkbox"/> DU/DESU   <input type="checkbox"/> D'Etat   <input type="checkbox"/> Fédéral</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu : _____</p> <p>Nom de l'organisme formateur : _____</p> <p>Date d'obtention du diplôme : _____</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, date de la dernière session effectuée : _____</p>
Formation PSC1	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1 ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON   <input type="checkbox"/> OUI, date d'obtention de l'attestation : _____</p> <p>Si oui, précisez date de la dernière session d'actualisation : _____</p>
Formation Sport Santé	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON   <input type="checkbox"/> OUI</p> <p>Si oui, précisez le titre de la formation Sport-Santé suivie : _____</p> <p>Précisez la date de la formation Sport-Santé suivie : _____</p> <p>Précisez l'organisme formateur : _____</p> <p>Précisez quelques détails sur le contenu de la formation (ex : pour quel type de public, durée de la formation...): _____</p>



**Déclaration sur l'honneur**

6. Nom de la structure\* :

7. Date de la demande\* :

8. Nom du demandeur\* :

9. Qualité du demandeur\* :

Je m'engage à remplir les critères imposés pour l'attribution du label sur la période de 2 ans

Je m'engage à signaler tous changements de situation dans un délai de 1 mois

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

Signature du représentant légal