

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



**PROVENCE EN FORME**

Fiche Action

Partenaire principal



## Votre association

La demande de label « Sport Santé » est effectuée par :

Association :

Nom du correspondant du label :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

### 1/ Descriptif du programme Sport Santé

Nom du programme :

Durée du programme :

Le programme est-il renouvelé tous les ans ? :  OUI  NON

Nombre de séances :

Fréquences :

Durée d'une séance :

Nombre de personnes attendues :

Tranches d'âges :

Lieu de réalisation du programme :

Type de limitations fonctionnelles concernées (se référer à l'annexe) :

L'activité est-elle proposée dans le cadre :

d'un dispositif coordonné

directement en lien avec le milieu médical

## 2/ Contenu du programme Sport Santé

## 3/ Qualification du ou des intervenant(s)

## 4/ Indicateurs d'évaluation du programme

**5/ Proposez-vous un outil de suivi des activités pour faire le lien avec le médecin prescripteur ?**

OUI

NON

**6/ Tarif**

Tarif préférentiel appliqué ou prévisionnel pour le/les programme(s) « Sport-Santé » labellisés

Pour l'association sportive

Date

Signature et désignation du signataire