

Plan Sport Santé Bien-être

Informations générales

- **Nom de l'acteur :**

- **Adresse :**

- **Mail :**

- **Téléphone :**

- **Site Internet:**

- **Nature :** Club Sportif Association EHPAD Commune Mutuelle
 Autres (précisez) :

- **Type :** Privée Publique
 Lucratif Non Lucratif

- **Actions proposées :**
 Activité(s) Physique régulière (**remplir la fiche n°1, une fiche par activité*)
 Action(s) (**remplir la fiche n°2, une fiche par action*)

Nom de la structure :

Ville de la structure :

Activité n°

Fiche n°1 : Activité Physique

Type d'activité :

- **Type d'activité(s) proposée(s) :**
- **Lieu(x) de pratique et accessibilité :**
 - **Type:** Gymnase Piscine Plein Air autre :
 - **Accessibilité :** Rampe pour Fauteuil roulant vestiaires adaptés Ascenseur
 - **Adresse :**
 - **Accès :** Bus Tram Voiture
- **Public visé (précisez) :** Déficience motrice Déficience intellectuelle Précarité
 Cancer Personnes valides Maladies chroniques
 Autres et précisez :
- **Age du public :** < 18 ans 18 à 65 ans > 65 ans
- **Durée de la séance :** < 30min 30 à 60min 1 à 2h autre :
- **Fréquence :** 1x/mois 1x/ 15jours 1x/semaine 2x/semaine autre:.....
- **Répétitivité :**
- **Tarifs :** tarif à la séance :€ cotisation annuelle :€
 gratuit Remboursable, précisez par qui :
- **Jour(s) de Pratique:**
- **Période :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Horaires							

- **Ressources visées :** Endurance Renforcement musculaire Souplesse Equilibre
 Coordination Cognition Autre :.....
- **Séances :** individuelles collectives

Encadrement de l'activité :

Nom*	Coordonnées*	Appellation du poste	Diplôme(s)	Ancienneté au poste	Salarié / Bénévole

*Informations traitées en interne, non divulguées

Nom de la structure :

Ville de la structure :

Action n°

Fiche n°2 : Action

• Informations générales :

- Nature de l'événement :
- Lieu (adresse) :
 - Accessibilité pour personnes handicapées : Oui Non
 - Accès : Bus Tram Voiture
- Mail de l'action:
- Téléphone :
- Site Internet de l'action:

• Type d'action :

- Type d'action(s) proposée(s) : Journée d'information/activité information / Forum
 Atelier Autres (précisez):
- Public visé (précisez) : Déficience motrice Déficience intellectuelle Précarité
 Cancer Personnes valides Maladies chroniques
 Autres et/ou précisez:
- Age du public : < 18 ans 18 à 65 ans > 65 ans
- Fréquence : 1 fois par an 1x/semestre 1x/mois 1x/semaine autre:.....
- Répétitivité :
- Tarifs : euros par
- Date(s) et Horaires :
- Liens avec la Nutrition (PNNS, Plan obésité...) :

• Encadrement de l'activité :

Nom*	Coordonnées*	Appellation du poste	Diplôme(s)	Ancienneté au poste	Salarié / Bénévole

*Informations traitées en interne, non divulguées