



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Appel à projet relatif "Maisons Sport-Santé"

**Bienvenue sur le formulaire de candidature à l'appel à projet Maisons Sport-Santé
2022 !**

[Quelques conseils pour formuler votre candidature :](#)

- Ce formulaire de candidature est **remplissable en plusieurs fois** , pour ce faire, un bouton « sauvegarder » est accessible en bas de page. Vous conserverez vos réponses et pourrez soumettre votre candidature ultérieurement.
- En **cas de question ou de problème** avec le présent formulaire, veuillez adresser un mail à l'adresse : pole-sante@creps-vichy.sports.gouv.fr
- Un **récapitulatif de vos réponses** vous sera adressé par mail en version PDF quelques minutes après la soumission de ce formulaire.
- Au cours du remplissage, il vous sera suggéré de préparer des **pièces à joindre** . Ces dernières seront à déposer numériquement à la fin du formulaire dans les espaces prévus à cet effet.

Dans l'attente de vos candidatures, nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre programme « Maisons Sport-Santé ».



Nom du Projet *

1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SUPPORT DE LA MAISON SPORT-SANTE

Structure support de la future Maison sport-santé

Nom de la structure *

Statut juridique *

SIRET / SIREN *

Adresse *

Numéro et rue

Complément d'adresse

Ville

État/Région

Code Postal

Téléphone *

Veuillez saisir un numéro de téléphone valide

Site internet**Structure inscrite en géographie prioritaire : ***

- Quartier Prioritaire de la politique de la Ville (QPV) Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) Aucune des deux

Si QPV ou ZRR, veuillez nommer la zone : ***Structure inscrite en géographie de poche de pauvreté ***

- Oui
 Non

Si oui, veuillez nommer la zone : *

Activités principales réalisées par la structure support *

Représentant légal de la structure support

Personne responsable juridiquement de la structure support de la MSS.

Exemples :

- Collectivité territoriale : Le/la Maire
- Association : Le/la président(e)

Nom *

<input type="text" value="Mr."/>	<input type="text" value="MICHEL"/>	<input type="text" value="DUPONT"/>
Préfixe	Prénom	Nom de famille

Fonction *

Email *

exemple@exemple.com

Vérification Email *

Téléphone *

Veuillez saisir un numéro de téléphone valide

La future Maison sport-santé

Nom de la structure ***Statut juridique *****SIREN / SIRET *****Adresse ***

Numéro et rue

Complément d'adresse

Ville

État/Région

Code Postal

Site internet

Structure inscrite en géographie prioritaire : *

- Quartier Prioritaire de la politique de la Ville (QPV) Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) Aucune des deux

Si QPV ou ZRR, veuillez nommer la zone : ***Structure inscrite en géographie de poche de pauvreté ***

- Oui
 Non

Si oui, veuillez nommer la zone : ***Représentant légal de la future « Maison Sport-Santé »**

Personne responsable de la mise en œuvre du programme MSS. Personne sollicitée pour toutes les demandes institutionnelles portant sur le programme MSS.

Exemples :

- Collectivité territoriale : Chef de service/Chef de bureau
- Association : Responsable des services

Nom *

<input type="text" value="Mr"/>	<input type="text" value="MICHEL"/>	<input type="text" value="DUPONT"/>
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Préfixe

Prénom

Nom de famille

Fonction ***Email ***

exemple@exemple.com**Vérification email *****Téléphone *** ex : 06xxxxxxxx

Veuillez saisir un numéro de téléphone valide

Personne référente sur le dispositif « Maison Sport-Santé »

Personne en charge de la mise en place technique du programme MSS.

Exemple :

- Collectivité territoriale : Chargé de mission, ...
- Association : Enseignant en Activité Physique Adaptée ; Éducateur sportif, infirmière, ...

Nom * Mr.

Préfixe

 MICHEL

Prénom

 DUPONT

Nom de famille

Fonction ***Email ***

exemple@exemple.com

Vérification email *

Téléphone *

Veuillez saisir un numéro de téléphone valide

Possibilité de renseigner les coordonnées d'un second contact référent si vous le jugez nécessaire ci-dessous. (non obligatoire)

Nom

Préfixe

Prénom

Nom de famille

Fonction

Email

exemple@exemple.com

Vérification email

Téléphone

Veuillez saisir un numéro de téléphone valide

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : Lettre d'intention du porteur du projet.

2. MISSIONS DE LA MAISON SPORT-SANTÉ

Conformément au point 3 du cahier des charges Maison Sport-Santé, veuillez préciser les enjeux, les objectifs, les publics cibles et le fonctionnement en réseau de la future Maison Sport-Santé.

CONTEXTE ET PRÉSENTATION DU PROJET DE LA FUTURE MAISON SPORT-SANTÉ *

Ecrivez ici...

PRÉCISEZ LES ENJEUX SPÉCIFIQUES À VOTRE MAISON SPORT-SANTÉ *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Santé publique | <input type="checkbox"/> Aménagement urbain |
| <input type="checkbox"/> Environnement | <input type="checkbox"/> Inclusion sociale |
| <input type="checkbox"/> Économique | <input type="checkbox"/> Autre |

Expliquez l'enjeu de santé publique *

Ecrivez ici...

Expliquez l'enjeu environnemental *

Ecrivez ici...

Expliquez l'enjeu économique *

Ecrivez ici...

Expliquez l'enjeu d'aménagement urbain *

Ecrivez ici...

Expliquez l'enjeu d'inclusion sociale *

Ecrivez ici...

Expliquez le ou les enjeux complémentaires *

Ecrivez ici...

Les objectifs principaux de la Maison Sport-Santé : *

- Accueillir (Un espace d'accueil permettant, d'une part d'informer et d'orienter les personnes dans leur programme sport-santé personnalisé)
- Évaluer (Un lieu de réalisation d'un bilan des capacités physiques sur la base d'une prescription d'activité physique adaptée lorsqu'elle est requise et des éventuelles contre-indications relevées)
- Encadrer (Un lieu d'exercice de l'APS/APA)
- Former (Un lieu de formation transversale des acteurs du sport-santé)
- Informer, sensibiliser (Précisez informer, sensibiliser)
- Autre

Précisez l'objectif principal "accueillir" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif principal "évaluer" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif principal "encadrer" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif principal "former" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif principal "informer, sensibiliser" *

Ecrivez ici...

Précisez l'autre objectif principal *

Ecrivez ici...

Les objectifs secondaires de la Maison Sport-Santé : *

- Lutter contre la sédentarité
- Lutter contre l'inactivité physique
- Favoriser la santé mentale
- Lutter contre les inégalités sociales
- Favoriser la mobilité active
- Accompagnement vers une pratique d'APS régulière et durable
- Développement de la productivité
- Développement de la cohésion sociale
- Autre

Précisez l'objectif secondaire "lutter contre la sédentarité" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "lutter contre l'inactivité physique" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "favoriser la santé mentale" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "lutter contre les inégalités sociales" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "favoriser la mobilité active" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "accompagnement vers une pratique d'activité physique et sportive régulière" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "développement de la productivité" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "développement de la cohésion sociale" *

Ecrivez ici...

Précisez l'objectif secondaire "autre" *

Ecrivez ici...

Types de public ciblé *

- Habitants en Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
- Habitants en Zone de Revitalisation Rurale
- Habitants en poche de pauvreté
- Personnes vivant sous le seuil de pauvreté

- Étudiants
- Employés en entreprise
- Enfants (3-10 ans)
- Adolescents (11-17 ans)
- Adultes (18-44 ans)
- Personnes avançant en âge (65 ans et +)
- Personnes atteintes d'Affection de Longue Durée
- Personnes atteintes d'une maladie chronique
- Personnes en situation de handicap
- Personnes inactives physiquement (L'inactivité caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes.)
- Personnes sédentaires (La sédentarité ou « comportement sédentaire » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée)
- Femmes enceintes et/ou post-partum
- Personnes en situation irrégulière / fragilité sociale
- Adultes (45-64 ans) Personnes en détention, réinsertion sociale
- Adultes (45-64 ans) Personnes en détention, réinsertion sociale
- Personnes accompagnées suite à une chute ou personnes à profil à risque de chute
- Autre

Veillez expliquer brièvement pourquoi ce/ces type(s) de public(s) *

Ecrivez ici...

Fonctionnement en réseau et ancrage territorial et institutionnel - Partenariat(s) développé(s)

Conformément au cahier des charges (4.2), la Maison Sport-Santé doit permettre d'animer un réseau d'acteurs pluri-professionnels et pluri-

permettre d'animer un réseau d'acteurs multi-professionnels et multi-disciplinaires afin de mobiliser les compétences nécessaires et de créer des partenariats entre les différents niveaux et acteurs du territoire.

Veillez indiquer les types de partenariat en place avec la Maison Sport-Santé en cochant les cases ci-dessous :

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES ACTEURS DE SANTÉ

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Infirmier
- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Pharmacien
- Sage-femme
- Psychomotricien
- Diététicien Nutritionniste
- Centre hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire, clinique privée
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Autre

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES ACTEURS DE SANTÉ

- Médecin généraliste
- Médecin spécialiste
- Infirmier
- Kinésithérapeute

- Ergothérapeute
- Pharmacien
- Sage-femme
- Psychomotricien
- Diététicien Nutritionniste
- Centre Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire, clinique privée
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Autre

Veillez préciser les types de relation envisagés, décrire leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

Ecrivez ici...

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES ACTEURS DU SPORT

- Association sportive
- Éducateur sportif
- Enseignant en Activité Physique Adaptée
- Office des sports
- Structure sportive privée
- Autre

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES ACTEURS DU SPORT

- Association sportive
- Éducateur sportif
- Enseignant en Activité Physique Adaptée
- Office des sports

- Structure sportive privée
- Autre

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

Ecrivez ici...

Êtes-vous en relation avec un acteur issu du milieu associatif autre qu'une association sportive ? (association de patients, étudiante, de quartier, etc.) : *

- Oui
- Non

Association(s) *

Secteur(s) d'activité *

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

Ecrivez ici...

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

- Commune
- Établissement Public de Collaboration Intercommunale / Regroupement de

- communes / Regroupement d'agglomération
- Département
- Région
- Autre

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

- Établissement Public de Collaboration Intercommunale
- Commune
- Région
- Regroupement de communes
- Département
- Autre

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

Ecrivez ici...

RELATION OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS AVEC DES ACTEURS DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

- Travailleurs sociaux
- Centre commun d'action social
- Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes
- Institut médico-éducatif
- Autre

RELATION OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION AVEC DES ACTEURS DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL

- Travailleurs sociaux
- Centre commun d'action social
- Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

Institut médico-éducatif Autre

Veillez préciser les types de relation envisagés, leurs fonctionnements et leurs durées potentielles. *

Ecrivez ici...

EN CAS D'AUTRES RELATIONS OU PARTENARIAT DÉJÀ DÉPLOYÉS, VEUILLEZ LES DÉCRIRE

Ecrivez ici...

EN CAS D'AUTRES RELATIONS OU PARTENARIAT EN COURS D'ÉLABORATION, VEUILLEZ LES DÉCRIRE

Ecrivez ici...

Pièces pouvant être jointes en annexe à la fin du formulaire : Documents de présentation des partenaires (non obligatoire)

3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU PROGRAMME MAISON SPORT-SANTÉ

DESCRIPTION GENERALE DU DISPOSITIF MAISON SPORT SANTE : *

Ecrivez ici...

(Dispositions techniques et pédagogiques mises en œuvre, modalités et organisation de l'accueil des personnes, modalités de mise en place du programme sport santé personnalisé, modalités de suivi, lieux de pratique, implication d'un réseau territorial, modalités de communication, liens avec d'autres programmes, etc.)

Possibilité de joindre un fichier explicatif (schéma, présentation...) ci-dessous.

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

La structure est-elle équipée d'un système d'information, référence à une

plateforme permettant le recueil sécurisé et l'analyse des données des bénéficiaires de la Maison Sport-Santé. *

- Oui
- Non
- En cours

Précisez le nom du système ou de la plateforme *

Précisez la date potentielle de mise en œuvre *

Programme Sport-Santé Personnalisé* de la Maison Sport-Santé

*Conformément à la charte d'engagement Maison Sport-Santé, la structure s'engage à mettre en place un projet sport-santé personnalisé, soit :

- Effectuer un bilan physique et motivationnel des bénéficiaires par des professionnels compétents et formés,
- Adapté les offres de pratique aux besoins et attentes du bénéficiaire,
- Proposer ou orienter vers une pratique d'APS/APA dispensées par des encadrants compétents et formés,
- Assurer le suivi des personnes accueillies.

Veuillez décrire les grandes lignes de votre programme sport-santé personnalisé : *

Ecrivez ici...

Exemple : Notre structure s'associe à un réseau de partenaires diversifiés au service de la maison sport santé afin de diagnostiquer l'état de santé de la population cible, établir des recommandations en termes d'activité physique, les informer et les orienter, accompagner les publics cibles dans leur pratique et l'évaluer. Parmi les acteurs impliqués, on retrouve des partenaires institutionnels, le monde médical, le mouvement sportif, l'enseignement supérieur, les acteurs sociaux, des partenaires techniques et scientifiques et des acteurs de référence en région.

Objectif 1 *

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Ecrivez ici...

Objectif 2

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Ecrivez ici...

Objectif 3

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Ecrivez ici...

Objectif 4

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Ecrivez ici...

Objectif 5

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Ecrivez ici...

Souhaitez-vous ajouter des objectifs spécifiques ou opérationnels ? *

- Oui
- Non

Objectif spécifique ou opérationnel 1 *

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre *

Ecrivez ici...

Objectif spécifique ou opérationnel 2

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre

Ecrivez ici...

Objectif spécifique ou opérationnel 3

Bref descriptif des actions liées et des parties prenantes qui interviennent dans leurs mise en œuvre

Ecrivez ici

Envoyez votre...

Possibilité de joindre un schéma explicatif de votre programme Maison Sport-Santé

Parcourir les fichiers
Drag and drop files here

Description de l'équipe porteuse du programme Maison Sport-Santé et des intervenants chargés de le mettre en œuvre

LES PROFESSIONNELS INTERVENANTS

Conformément au cahier des charges Maison Sport-Santé (Point 5), la structure s'engage à : respecter les dispositions réglementaires relatives aux conditions d'encadrement contre rémunération et la réglementation fixant le cadre de la dispensation d'une APA à des patients en ALD. (Référence Décret n°2016-1990 du 30.12.2016 et instruction du 03.03.2017 relative à la mise en œuvre des articles L1172-1 et D1172-1 à D1172-5 du code de la santé publique).

Médecin traitant *

- Oui
 Non

Nombre de médecin traitant *

ex : 23

Kinésithérapeutes *

- Oui

Non

Nombre(s) de kinésithérapeute

ex : 23

Éducateur sportif *

Oui

Non

Nombre d'éducateur sportif *

ex : 23

Enseignant APA (Activité Physique Adaptée) *

Oui

Non

Nombre d'Enseignant APA (Licence STAPS APA-S) *

ex : 23

Ergothérapeute *

Oui

Non

Nombre d'ergothérapeute *

ex : 23

Psychomotricien *

Oui

Non

Nombre de psychomotricien *

Pharmacien *

- Oui
- Non

Nombre de pharmacien ***Personnel infirmier ***

- Oui
- Non

Nombre de personnel infirmier ***Diététicien ***

- Oui
- Non

Nombre de diététicien ***Psychologue ***

- Oui
- Non

Nombre de psychologue *

Éducateur sportif bénévole qualifié en APA *

- Oui
- Non

Nombre d'éducateur sportif bénévole qualifié en APA ***Autre professionnel intervenant ***

- Oui
- Non

Intitulé de la profession et du diplôme ***Nombre *****AUTRE PERSONNEL DE LA STRUCTURE**

- Assistant(e) administratif(ve)
- Coordonnateur / Coordinatrice
- Ressources humaines
- Chargé(e) de communication
- Chargé(e) de mission
- Agent de développement
- Autre

Précisez le rôle du personnel au sein du programme de la future Maison Sport-Santé *

Description du pilotage du programme et état de la mise en œuvre de la Maison "Sport-Santé"

Envisagez-vous la mise en place d'un comité de pilotage *

- Oui
- Non

Veillez préciser les acteurs composant ce comité de pilotage ainsi que leurs rôles *

Ecrivez ici...

Veillez décrire le pilotage du programme et état de la mise en œuvre : *

Ecrivez ici...

(Planning envisagé, points d'étape, évolutions éventuelles de la gouvernance de la structure, coopérations prévues...)

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : planning prévisionnel des activités

Outils et moyens de communication de la Maison Sport-Santé

OUTILS DE COMMUNICATION MIS EN PLACE :

- Site internet
- Réseau social
- Événement
- Intervention auprès du public-cible
- Presse
- Système de parrainage
- Autre

Veillez préciser le site internet *

Veillez préciser le ou les réseaux sociaux *

Veillez décrire brièvement le ou les événements *

Ecrivez ici...

Veillez décrire brièvement la ou les interventions *

Ecrivez ici...

Veillez préciser les médias/presse *

Veillez préciser la ou les chaînes de télévision *

Veillez décrire brièvement le système de parrainage *

Ecrivez ici...

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : documents et visuels de communications (non-obligatoire)

MODALITÉS DE PARTICIPATION DES USAGERS

MODALITÉS D'ÉVALUATION DE L'ACTION (MÉTHODE D'ÉVALUATION ET INDICATEURS CHOISIS AU REGARD DES OBJECTIFS CI-DESSUS)

Du point de vue des utilisateurs et des usagers :

- Nombres de pratiquants (personnes en ALD, porteuses de maladie chronique, nombre d'habitants des zones QPV et ZRR pratiquant de l'AP par l'intermédiaire de la MSS, etc.)
- Fréquence de pratique de ces bénéficiaires (évolution au cours du temps et motifs des changements éventuels, fidélisation.)
- Évolution de variables quantitatives et qualitatives en lien avec l'utilité sociale développée dans le projet
- Autre

Précisez le profil des pratiquants *

Ecrivez ici...

Personnes en ALD, porteuses de maladie chronique, nombre d'habitants des zones QPV et ZRR pratiquant de l'AP par l'intermédiaire de la MSS, etc.

Précisez pour la fréquence de pratique de ces bénéficiaires *

Ecrivez ici...

Évolution au cours du temps et motifs des changements éventuels, fidélisation.

Précisez pour l'évolution de variables quantitatives et qualitatives en lien avec l'utilité sociale développée dans le projet *

Ecrivez ici...

Si d'autres modalités d'évaluation du point de vue du bénéficiaire, veuillez les préciser *

Ecrivez ici...

Mise en place d'un conseil des usagers (réunion et temps de parole regroupant les bénéficiaires volontaires et les patients experts pour le partage d'expérience, la prise en compte des besoins et les éventuelles évolutions à prévoir)

- Oui
- Non

Précisez la composition du conseil des usagers :

Ecrivez ici...

Du point de vue scientifique :

- Évaluation de la qualité des retours pour les différents publics ciblés
- Évaluation de l'impact sur le territoire des services proposés par la structure
- Évaluation des liens entre la structure et les clubs adhérents au réseau
- Autre

Veillez décrire les modalités d'évaluation de la qualité des retours pour les différents publics ciblés *

Ecrivez ici...

Veillez décrire les modalités d'évaluation de l'impact sur le territoire des services proposés par la structure *

Ecrivez ici...

Veillez décrire les modalités d'évaluation des liens entre la structure et les clubs adhérents au réseau *

Ecrivez ici...

Si d'autres modalités d'évaluation du point de vue scientifique, veuillez les préciser *

Ecrivez ici...

Du point de vue économique :

- Évaluation financière (indicateurs financiers)
- Évaluation de la qualité et l'impact des partenariats
- Autre

Veillez décrire les modalités d'évaluation financière (précisez les indicateurs financiers) *

Ecrivez ici...

Veillez décrire les modalités d'évaluation de la qualité et l'impact des partenariats *

Ecrivez ici...

Si d'autres modalités d'évaluation du point de vue économique, veuillez les préciser

Ecrivez ici...

Possibilité de joindre un fichier explicatif dédié aux modalités d'évaluation ci-dessous

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

DESCRIPTION DES LOCAUX À DISPOSITION DE LA FUTURE MAISON SPORT-SANTÉ

Veillez cocher les locaux à votre disposition pour la mise en œuvre de votre projet : *

- Espace d'accueil physique
- Bureaux
- Espace de pratique sportive en extérieur
- Espace de pratique sportive en intérieur
- Espace de documentation, sensibilisation
- Espace de restauration
- Plateforme numérique
- Structure itinérante
- Sans locaux
- Autre

Veillez décrire votre espace d'accueil physique *

Ecrivez ici...

Veillez décrire vos bureaux *

Ecrivez ici...

Veillez décrire votre espace de pratique sportive en extérieur *

Ecrivez ici...

Veillez décrire votre espace de pratique sportive en intérieur *

Ecrivez ici...

Veillez décrire votre espace de documentation, sensibilisation *

Ecrivez ici...

Veillez décrire votre espace de restauration *

Ecrivez ici...

Veillez décrire votre plateforme numérique *

Ecrivez ici...

Veillez décrire les espaces "structure itinérante" *

Ecrivez ici...

Veillez décrire les espaces "sans locaux" *

Ecrivez ici...

Veillez décrire les espaces "autres" *

Ecrivez ici...

4. BUDGET PRÉVISIONNEL DU PROJET

Description du modèle économique (répartition des produits ; structure financière de l'activité, avantages, faiblesses, opportunités, menaces, ...) *

Ecrivez ici...

Les cofinancements envisagés et/ou actés (préciser les différents partenaires éligibles, leur niveau de participation et la nature de leur participation) *

Ecrivez ici...

Nature et objet des postes de dépenses les plus significatifs (honoraires de prestataires, déplacements, salaires, locaux, coûts fixes, etc.) *

Ecrivez ici...

Règles de répartition des charges indirectes (exemple : quote-part des salaires, etc.) *

Ecrivez ici...

Quelles sont les contributions volontaires en nature affectées à la réalisation du projet ou de l'action subventionnée ? *

Ecrivez ici...

Modèle économique du programme Maison Sport-Santé

Présentation du modèle économique de votre programme *

Ecrivez ici...

(mécénat, partenariat, système d'adhésion, système de don, subvention ...)

BILAN FINANCIER À TÉLÉCHARGER ET REMPLIR

Pièces à joindre en annexe à la fin du formulaire : budget prévisionnel (obligatoire) et demande de subvention (non-obligatoire)*

**Vous aurez aussi la possibilité de nous joindre votre propre budget prévisionnel sans remplir notre version PDF.*

5. DÉPÔT DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

Budget prévisionnel *

Parcourir les fichiers
Drag and drop files here

Lettre d'intention du porteur du projet *

Parcourir les fichiers
Drag and drop files here

Statut régulièrement déclaré de la structure *

Parcourir les fichiers
Drag and drop files here

Devis détaillés (si travaux/coûts supplémentaires envisagés)

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

Planning prévisionnel des activités *

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

Présentation des partenaires

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

RIB portant une adresse correspondant à celle du n° SIRET *

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

SIRET (pour les associations)

Parcourir les fichiers

Drag and drop files here

Annexe libre 1

Parcourir les fichiers
Drag and drop files here

Annexe libre 2

Parcourir les fichiers
Drag and drop files here

6. SOUMISSION DU FORMULAIRE

RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER *

- Budget prévisionnel du projet rempli
- Demande de subvention pour l'AAP rempli
- Lettre d'intention du porteur du projet
- Statut régulièrement déclaré de la structure
- Devis détaillés (si travaux/coûts supplémentaires envisagés)
- Planning prévisionnel des activités
- Présentation des partenaires
- RIB portant une adresse correspondant à celle du n° SIRET
- SIRET (pour les associations)