

*La Maison Sport Santé du Centre Hospitalier d'Arcachon souhaite référencer l'ensemble des associations et structures sportives du territoire d'attraction de l'hôpital (COBAS, COBAN, Val de l'Eyre, Nord des Landes).*

*Les missions de la Maison Sport Santé sont de conseiller et d'accompagner des personnes à reprendre une activité physique, de manière régulière dans un objectif de santé, quel que soit son âge et son état de santé. Et pour cela, nous avons besoin de connaître l'ensemble de vos activités afin de pouvoir vous adresser le bon public !*

*Les informations ci-dessous sont importantes pour nous, afin de bien renseigner les personnes et de réaliser une bonne orientation. Complétez uniquement les parties vous concernant. La première partie (informations générales) est obligatoire et suffit si vous proposez une pratique « classique ». Si vous êtes formé(e) et que vous accompagnez des publics spécifiques, pensez également à compléter la partie correspondante : Sport-Santé Bien-Etre, Maternité, Handisport, Sport Adapté.*

*Pour toutes questions ou renseignements, n'hésitez pas à nous contacter.*

*Ce référencement sera également mis en ligne sur notre site internet. **Pour la présentation et le visuel de votre association, pourriez-vous nous transmettre votre logo.***

## INFORMATIONS GENERALES

Nom de l'association/structure :

Contact de la personne référente à contacter pour les missions de la Maison Sport Santé (mail d'information sur les actions, formations Sport-Santé, événements Sport-Santé, ...) (Nom + tel + mail) :

Contact de la personne à contacter directement pour que l'utilisateur puisse s'inscrire (Nom + tel + mail) :

Site internet :

Public(s) accueilli(s) :  enfants (à partir de ..... ans)  adultes  seniors  femmes enceintes/post partum  
 enfants/adultes souffrant d'une maladie chronique  enfants/adultes en situation d'handicap  
 atelier conjoint parents/enfants

Type d'activités proposées, à préciser (plusieurs possible) :

Enfants pour une pratique de loisirs :  
 Enfants pour une pratique de compétition :  
 Adultes :  
 Seniors :

Adresse(s) du lieu de la pratique des activités physiques (si différents lieux, les renseigner) :

Souhaitez-vous être formé(e) pour pouvoir accueillir un public spécifique (Sport-Santé, Handisport, Sport Adapté, etc.) à l'avenir ? :

OUI  NON

## ACCOMPAGNEMENT SPORT-SANTE BIEN-ÊTRE

(Ne pas remplir si pas concerné)

Présence d'un(e) encadrant(e) sportif(ve) avec un diplôme SPORT-SANTE reconnu (Licence STAPS APA, Formation de sensibilisation Sport Santé Bien Etre, formation CDOS Sport Santé, Formation Sport-Santé proposée par la fédération affiliée, CSAMAP, Kiné avec carte pro, etc) :  OUI  NON

Si oui, précisez quel(s) diplôme(s) (nous faire parvenir une copie de ces diplômes) :

Publics accueillis à préciser	<input type="checkbox"/> Enfants	<input type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Seniors	<input type="checkbox"/> Atelier parents/enfants
Activité(s) physique(s) Sport-Santé proposées :			
Horaire(s) des créneaux Sport-Santé :			
Lieu de pratique (si différent) :			
Tarifs :			

## ACCOMPAGNEMENT FEMMES ENCEINTES / POST PARTUM

(Ne pas remplir si pas concerné)

Présence d'un(e) encadrant(e) sportif(ve) avec un diplôme spécifique à l'accompagnement :

- Des femmes enceintes :  OUI  NON
- Des femmes en post partum :  OUI  NON

Si oui, précisez quel(s) diplôme(s) (nous faire parvenir une copie de ces diplômes) :

Publics accueillis à préciser :  femmes enceintes,  post partum,  séances mère/enfant

Activité(s) physique(s) proposées aux femmes :

Horaire(s) des créneaux femmes enceintes et/ou post partum :

Lieu de pratique (si différent) :

Tarifs :

## ACCOMPAGNEMENT HANDISPORT / SPORT ADAPTE

(Ne pas remplir si pas concerné)

Présence d'un(e) encadrant(e) sportif(ve) avec un diplôme spécifique à l'accompagnement :

- Des personnes en situation de handicap mental :  OUI  NON
- Des personnes en situation de handicap moteur :  OUI  NON

Si oui, précisez quel(s) diplôme(s) (nous faire parvenir une copie de ces diplômes) :

<b>Publics accueillis à préciser</b>	<b>Enfants avec :</b> <input type="checkbox"/> handicap mental <input type="checkbox"/> handicap physique <input type="checkbox"/> handicap visuel <input type="checkbox"/> handicap auditif	<b>Adultes/Seniors avec :</b> <input type="checkbox"/> handicap mental <input type="checkbox"/> handicap physique <input type="checkbox"/> handicap visuel <input type="checkbox"/> handicap auditif	<input type="checkbox"/> Atelier parents/enfants
Activité(s) physique(s) proposées :			
Horaire(s) des créneaux spécifiques :			
Lieu de pratique (si différent) :			
Tarifs :			

*Si vous avez des prospectus de vos activités, vous pouvez nous les faire parvenir (une vingtaine maximum) à l'adresse :*

**Centre Hospitalier d'Arcachon – MAISON SPORT SANTE - Avenue Jean Hameau  
33260 La Teste De Buch**