

**LABEL « SPORT SANTE BIEN-ETRE » (SSBE) 974**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Cocher la case correspondant au label demandé :**

**Niveau 1 « sport santé pour tous »**

**Niveau 2 « sport sur ordonnance »**

**Liste des pièces à joindre obligatoirement au dossier :**

Copie des statuts de la structure

Si le dossier de candidature n’est pas signé par le représentant légal de la structure, le pouvoir donné par ce dernier au signataire

Pour les structures employeuses, attestation confirmant que la structure est à jour des cotisations sociales

Attestation d’assurance en responsabilité civile (cf. code du sport)

Copie des diplômes sportifs du (des) encadrant(s)

Copie de l’attestation de participation à la formation régionale en sport santé ou justificatif de formation en cours ou engagement de participation (*attestation de participation à transmettre à la DJSCS à l’issue de la formation)*

Pour les encadrants intervenant contre rémunération, copie recto verso de la carte professionnelle

Convention ou contrat de prestation (ou contrat de travail) formalisant l’intervention d’un EAPA ou d’un professionnel de santé mentionné aux articles L4321-1, L.433-1 et L.433-1 du code de la santé publique (masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien) (Niveau 2)

Copie de la déclaration de conformité de l’établissement recevant du public (ERP) (Sécurité et accessibilité) ou copie de l’arrêté d’ouverture de l’ERP ou copie de la convention de mise à disposition délivrée par la mairie

Attestation sur l’honneur précisant que la structure dispose du « matériel sportif » nécessaire et adapté à la pratique de la discipline et au public accueilli

Le cas échéant, attestation de formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)

**Identification du promoteur**

**Désignation de la structure**

Nom de la structure

Sigle

Adresse du siège social

Adresse de correspondance (si différente du siège social)

Téléphone :

Courriel :

Statut juridique :

Numéro SIRET ou SIREN ou FINESS :

Votre structure est-elle affiliée à une union, fédération ou réseau  Oui  Non

Si oui, précisez laquelle :

**Représentant légal de la structure**

Nom / Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

**Personne chargée du dossier**

Nom / Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

**Présentation de l’activité « sport santé bien-être »**

**Intitulé de l’activité « sport santé bien-être »**

**Public cible**

Public sans contre-indication médicale à la pratique d’activités physiques et sportives

Public présentant une pathologie chronique, pouvant bénéficier d’une activité physique adaptée (APA) prescrite par le médecin traitant (public ne présentant pas de limitation fonctionnelle sévère):

Affections de longue durée (ALD30 [Liste](https://www.ameli.fr/la-reunion/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald)), *lesquelles ?* :

Autres pathologies chroniques

Obésité

Autres, lesquelles :

Quelle est la tranche d’âge du public accueilli ?

Toutes tranches d’âge

Sinon, précisez :

Le public accueilli est-il ?

Mixte

Majoritairement féminin

Majoritairement masculin

Nombre maximum de bénéficiaires ?

**Conditions d’accueil**

Quelles sont les modalités d’accueil de la structure ?

Accueil uniquement téléphonique et/ou par courriel

Accueil uniquement lors des créneaux d’activités physiques par les éducateurs

Accueil dans un local réservé à cet effet, précisez les horaires

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Autre, précisez :

Un dispositif adapté (financier et/ou autre) est-il mis en place pour faciliter l’accès des personnes socialement défavorisées à l’activité « sport santé bien-être » ?

Non

Oui, détaillez ce dispositif

**Organisation de l’activité « sport santé bien-être »**

Quelle est la programmation des créneaux de pratique des activités physiques ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Jour** | **Plage horaire** | **Lieu de pratique**  **(type et commune)** | **Nombre maximum**  **de bénéficiaires** | **Tranche d’âge** |
| Créneau 1 |  |  |  |  |  |
| Créneau 2 |  |  |  |  |  |



Ces créneaux horaires changent-ils

* d’un trimestre à l’autre ?  Oui  Non
* d’un semestre à l’autre ?  Oui  Non

Votre structure propose-t-elle des créneaux sport santé bien-être pendant les vacances scolaires ?

Non

Oui, les créneaux proposés sur cette période sont-ils identiques à ceux proposés le reste de l’année ?

Oui

Non, précisez en quoi ils diffèrent :

**Encadrement de l’activité « sport santé bien-être »**

Indiquez le nombre de personnes encadrant l’activité sport santé bien-être au sein de votre structure ?

dont salariés : bénévoles :

Informations sur les intervenants :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Intervenant** | **Formation initiale** | **Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)** | **Formation sport santé** |
| **1** | Nom    Prénom      Bénévole  Salarié  Pour les salariés, n° de la carte professionnelle      N° des créneaux encadrés par cet intervenant *(cf. tableau sur les créneaux ci-dessus)* | Diplôme obtenu le plus élevé en lien avec l’activité  Universitaire  d’Etat  Fédéral  Autre  Titre du diplôme obtenu      Date d’obtention du diplôme      Nom de l’organisme de formation      Si diplôme avec recyclage obligatoire, date de la dernière session effectuée | L’intervenant a-t-il suivi une formation PSC1 ?  Non  Oui  Si oui,  Quelle est la date d’obtention de l’attestation ?      Quelle est la date de la dernière session de réactualisation ? | L’intervenant a-t-il suivi, ou est-il inscrit à une formation régionale sport santé?  Non  Oui  Si oui,  Quelle est la date de la formation suivie (ou en cours) ?      Quel est l’organisme formateur ?      A-t-il suivi d’autres formations sport santé ?  Non  Oui  Si oui,  Quel est le titre de la formation ?    Quelle est la date de la formation ?    Quel est l’organisme formateur ? |



**Organisation du parcours sport sante**

Description du parcours mis en place et des modalités d’accueil et de suivi individuel du pratiquant *(qualité de la personne ou des personnes chargées de l’entretien individuel à l’arrivée, pédagogie mise en œuvre, outils de suivi de l’activité)*

Pour les activités sport santé bien être de niveau 2, quelles sont les modalités de collaboration avec le médecin traitant ?

**Démarche de promotion de la santé**

Quelles sont les actions de promotion de la santé proposées aux pratiquants dans le cadre de l’activité « sport santé bien-être » ?

Quels sont les partenaires mobilisés pour la réalisation des actions de promotion de la santé ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme** | **Nom du référent** | **Rôle** |
|  |  |  |
|  |  |  |



**Stratégie de communication**

Quelles sont les modalités mises en œuvre pour informer les participants et les partenaires, et améliorer la visibilité de l’activité « sport santé bien-être » sur le territoire ?

**Evaluation**

Quelles sont les modalités de suivi de la réalisation du programme ?

Quelle est la méthode d’évaluation retenue ?

*Préciser les indicateurs de processus et de résultats, décrire la/les méthode(s) et les critères d’évaluation*

Quels sont les résultats attendus (quantitatifs et qualitatifs) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Indicateurs** | **Résultats** |
|  |  |  |
|  |  |  |



**Charte d’engagement du « sport sante bien-être »**

**a la Réunion**

La charte s’adresse à toutes les structures qui proposent une offre de « sport santé bien-être » (SSBE) répondant au cahier des charges du label régional « sport santé bien-être ».

Elle représente la démarche d’engagement de ces structures dans le développement du SSBE dans un cadre sécurisé et de qualité, un esprit de réseau et le respect de valeurs éthiques et déontologiques.

Cet engagement des structures au respect des valeurs fondamentales déclinées ci-après conditionne l’attribution du label « sport santé bien-être ».

Ce label est une reconnaissance des compétences spécifiques développées par ces structures, et valorise leur contribution au développement du sport santé à la Réunion.

**La structure promotrice d’une activité « sport santé bien-être » s’engage à :**

1. S’inscrire dans la stratégie territoriale de développement du « sport santé bien-être » et de promotion de la santé définie par la Direction de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS) de la Réunion et l’Agence de Santé Océan Indien (ARS OI).
2. Promouvoir l’inscription des pratiquants dans une démarche d’activités physiques et sportives quotidiennes et de réduction des comportements sédentaires conformément aux recommandations nationales.
3. Respecter les critères de sécurité et de qualité inscrits dans le cahier des charges conditionnant l’obtention du label.
4. Proposer une activité physique à des fins de santé, en valorisant une approche motivationnelle respectueuse de l’intégrité physique des participants.
5. Respecter la confidentialité des données médicales.
6. Respecter les prescriptions thérapeutiques et l’éducation sanitaire, ne pas formuler de diagnostic, ni de prescription et ne jamais demander à un patient d’interrompre son traitement.
7. Ne pas prodiguer de conseils de nutrition sans être titulaire d’un diplôme reconnu.
8. Promouvoir une pratique d’activité physique adaptée et respectueuse de l’environnement.
9. Respecter et faire respecter les règles d’hygiène et de sécurité.
10. Prévenir et lutter contre toutes formes de conduites dopantes.
11. Ne pas vendre, ni mettre à disposition, ni promouvoir les compléments alimentaires, les boissons énergisantes, et l’alcool.
12. Lutter contre toutes les formes de discriminations, de violences et de harcèlements.
13. Encourager et favoriser une activité physique mixte (hommes/femmes, personnes valides/ en situation de handicap, intergénérationnelle,…) par l’adaptation de celle-ci et du matériel sportif utilisé.
14. S’inscrire dans une logique d’amélioration continue de la qualité de l’offre proposée sur la base d’une évaluation et de réajustements réguliers.
15. Adopter des pratiques loyales envers les autres structures.
16. Respecter l’éthique sportive.
17. Informer les institutions (ARS OI et DJSCS) de toute modification de l’activité labellisée.

Je reconnais avoir pris connaissance de cette charte et m’engage à la respecter.

Nom - Prénom :

Qualité :

Le / / , Signature

**Déclaration sur l’honneur**

Nom de la structure

Nom - Prénom du demandeur

Qualité du demandeur

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d’obtention du label « sport santé bien-être » (cf. cahier des charges) et m’engage à les respecter.

Je déclare sur l’honneur l’exactitude des informations mentionnées

Le / /

Signature

**Dossier complété à retourner au plus tard le 29 octobre 2018 par courriel à :**

**djsc974-sportsante-bienetre@jscs.gouv.fr**