

# Grille d’agrément

Nom du club:……………………………………………………………………………………………………………………

Adresse du siège social :…………………………………………………………………………………………………..

*………………………………………………………………………………………………………………………………………...*

Nom du/de la Président.e : ……………………………………………………………………………………………

Nom du/de la « référent.e handicap » :…………………………………………………………………………

Téléphone du/de la « référent.e handicap » : ………………………………………………………………

*Mail du/de la « référent.e handicap » : ……………………………………………………………………….*

Adresse du lieu de pratique : …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

## Conditions administratives :

*Association Loi 1901 : oui non*

*Date d’enregistrement à la Préfecture :…………………….……………………………………………………*

*Fédération(s) d’affiliation(s) : ……………………………………………………………………………………….*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Numéro SIRET :……………………………………………………………………………………………………………*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Critères | Cochez la case selon votre choix | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quel(s) type(s)**  **de Handicap accueilli(s) ?** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Nombre de pratiquant.e.s :  ………………………….. | | | | Nombre de pratiquant.e.s  :  ………………………..… | | | | | Nombre de pratiquant.e.s :  …………………………. | | | | | | Nombre de pratiquant.e.s :  …………………………. | | | |
| **Conventionnement** | Conventionné sport adapté (/établissement spécialisé) | | | | | | | | | Création d’une section handisport (CRH) et /ou CDSA  Licence Sport adapté ou handisport | | | | | | | | | |
| **Encadrement : formation des encadrant.es** | Temps de sensibilisation  Expérience professionnelle  Expérience Bénévole | | | | | | AQSA et / CQH  Formation Abécédaire | | | | | | | CQP  Licence et master APAS  Licence éducation et motricité  Diplôme d’Etat  Certification de spécialisation | | | | | |
| **Nom de la (ou des) personne(s) formée(s)** | …………………………………..  ………………………………….  …………………………………….  ………………………………….. | | | | | | …………………………………..  ………………………………….  …………………………………….  ………………………………….. | | | | | | | ……………………………………  …………………………………….  …………………………………….  ………………………………….. | | | | | |
| Accessibilité des locaux selon le type de handicap | | | Accessibilité |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| Les locaux | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| L’espace de pratique | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Les sanitaires | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Les douches | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Chemin d’accessibilité | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Le Club House | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Matériel | | | Possédez-vous du matériel adapté ? OUI NON  Si oui, quel type de matériel ?...............................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………  Si NON, quel est votre besoin matériel ? …………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Périodicité | | | Moins d’une séance par semaine  Cycle/stage | | | | | 1 séance par semaine | | | | Plusieurs séances par semaine | | | | | | | |
| Pratique en mixité (valides-handicapés) ? OUI NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intégration ou inclusion dans le club | | Les personnes en situation de handicap sont-elles associées à l’ensemble des activités et à la vie du club ?  OUI NON  Les personnes en situation de handicap ont-elles une fonction de dirigeant.e.s  dans l’association?  OUI NON  Si oui, quelle(s) est (sont) la (les) fonction(s) occupée(s): ………….………………..  ……………………………………………………………………………………………………………….....………..  …………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communication | | Possédez-vous des outils de communication ?  OUI NON  Si oui, quels types d’outils ?.....................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………  Vos outils de communications mentionnent-ils l’accueil du public handicapé ?  OUI NON  Le club est-il inscrit sur l’Handiguide ?  OUI NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres observations | | A titre indicatif, si vous accueillez du public « handicap mental »:  Accueillez-vous des personnes avec des troubles du spectre de l’autisme (TSA)?  OUI NON  Si oui, combien ? : ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres observations :  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | |