

Fiche contact « Sport Santé »

Nom de la structure			
Adresse			
Nom Prénom du référent			
Téléphone			
Mail			
NOM / Prénom du(des) éducateur(s) / diplômes	NOM ■ ■ ■	Prénom ■ ■ ■	Diplômes ■ ■ ■
Affiliation fédérale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si OUI, préciser :			
Type de structure	<input type="checkbox"/> association <input type="checkbox"/> club privé	<input type="checkbox"/> collectivité territoriale <input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> autre :

Sport(s)/activité(s) proposé(e-s)			
Pathologies concernées :	<input type="checkbox"/> obésité adulte <input type="checkbox"/> obésité pédiatrique <input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> maladies respiratoires <input type="checkbox"/> maladies cardiovasculaires <input type="checkbox"/> cancer	<input type="checkbox"/> situation de handicap <input type="checkbox"/> toutes <input type="checkbox"/> pédiatrie enfant-ado <input type="checkbox"/> autre(s) :
Limitations fonctionnelles	Ouvert aux patients avec limitations fonctionnelles : <input type="checkbox"/> Minimales <input type="checkbox"/> Modérées <input type="checkbox"/> Sévères		
Créneaux proposés (jours, horaires, lieux, durée de séance ...)			
Tarifcation appliquée :	Pour un cycle de 12 séances dans un délai de 3 mois maximum :		
	Pour une pratique adulte à l'année (pérennisation de l'activité) :		
Commentaire éventuel			
Licence fédérale obligatoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
CACI obligatoire en plus de la prescription médicale d'APA ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON CACI = Certificat d'Absence de Contre-Indication		

Fiche contact mise à jour le :	
--------------------------------	--