



**CROS**  
PAYS DE LA  
LOIRE

# SPORT SANTÉ PAYS DE LA LOIRE

DOSSIER DE CANDIDATURE A L'OBTENTION

DU LABEL SPORT SANTÉ 1

**spor**  **ACTIVEZ**  
**sante** **VOTRE SANTÉ!**  
PAYS DE LA LOIRE



 **ACTIVEZ**  
**VOTRE SANTÉ!**



Le Sport est un facteur de qualité pour la préservation et l'amélioration du capital santé.

*« Le sport santé est une activité sportive pratiquée dans des conditions aptes à maintenir ou améliorer la santé dans un cadre de prévention primaire et de prévention tertiaire ».*

Le label « SPORT SANTÉ » vise à l'accompagnement et à la valorisation des clubs s'inscrivant dans un projet de développement des APS. Il prend en compte les objectifs du PRSSBE et la mise en commun des pratiques.

Dans le cadre de la labellisation sport santé 1, un **créneau sport santé** est un créneau d'activité physique non orienté vers la compétition. Il doit être orienté vers le loisir, la détente et ouvert à toutes les personnes et encadrés par des personnes ayant obtenues des diplômes en lien avec l'activité, niveau fédéral minimum. Les créneaux accueillant des personnes atteintes d'un handicap et/ou vivant avec une pathologie ne sont pas considérés dans ce niveau de label sport santé, ils le seront dans les niveaux de labels ultérieurs.



### POUR BÉNÉFICIER DU LABEL SPORT SANTÉ 1, vous devez :

- Etre une association sportive ou une structure **affiliée à une fédération membre du CNOSF**.
- Etre engagé au moment de la demande dans une action concrète – et pas seulement un projet d'action – dans le domaine du Sport Santé.
- Engager des actions concrètes



### CONDITIONS D'OBTENTION DU LABEL SPORT SANTÉ 1 :

Pour obtenir le droit de bénéficier du label Sport Santé 1, l'association s'engage à satisfaire obligatoirement:

#### 1. Deux critères dans la partie « Actions Sport Santé » :

- ✓ Justifier de **conditions d'accueil** minimum du public
- ✓ Justifier des **créneaux Sport Santé**

#### 2. Deux critères dans le lien sportif :

- ✓ Justifier de la présence d'**Intervenant(s) sur le(s) créneau(x) Sport Santé**
- ✓ Justifier que cet ou ce(s) intervenant(s), bénévole(s) et/ou salarié(s), ai(en)t un **niveau de formation minimum** d'animateur fédéral

#### 3. Un critère dans le lien social :

- ✓ Justifier de la volonté de mettre en place un **dispositif financier** pour l'accueil du public socialement/financièrement défavorisé (exemple : paiement en plusieurs fois, 1er mois offert, etc)

Consultez également le site <http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr/labelliser-structure> afin de prendre connaissance des avantages et des engagements liés à l'obtention du label sport santé 1.

Dossier complété à envoyer à [p.guerin@franceolympique.com](mailto:p.guerin@franceolympique.com)

**A joindre obligatoirement au dossier :**

**1. Le justificatif de formation de chacun des intervenants déclarés dans ce dossier**

- Intervenant salarié : photocopie de la carte professionnelle
- Intervenant bénévole : photocopie du diplôme renseigné

N.B. : Si vos intervenants ne possèdent pas de formation en lien avec l'activité, merci de nous faire parvenir une attestation signée du Président de la structure certifiant que les intervenants possèdent les compétences d'encadrement du ou des créneaux sport santé.

**2. Le justificatif de vos activités sport santé**

- Une plaquette de présentation de l'action Sport Santé de l'association (organisation/planning des créneaux Sport-Santé) ou un lien précis de votre site internet explicitant vos activités sport santé

N.B. : Ce justificatif nous permet de vérifier l'existence de ces créneaux.

Réponse obligatoire pour les questions accompagnées \*

### IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION

1. **Nom de l'association demandant le label Sport-Santé 1 \***
  
2. **Sigle** (exemple : CROS est le sigle de Comité Régional Olympique et Sportif)
  
3. **Type d'activités proposées \***:
  
4. **Nature de l'association \* :**
  - unisport
  
  - omnisports

Votre association est omnisports, merci de préciser le nom de la section sportive demandant le label Sport-Santé 1 :
  
5. **Adresse complète du siège social \* :**
  
6. **Téléphone \* :**
7. **Courriel \* :**
8. **Site internet :**
9. **Adresse complète de correspondance, si différente de celle du siège :**
  
10. **Union, fédération ou réseau auquel est affiliée votre association (indiquer le nom complet)\* :**
  
11. **Numéro de Siret\* :**

## REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ASSOCIATION

12. Nom \* :

13. Prénom \* :

14. Fonction \* :

15. Téléphone \* :

16. Courriel \* :

## PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal)

17. Nom :

18. Prénom :

19. Fonction :

20. Téléphone :

21. Courriel :

## IMPLICATIONS ACTUELLES DANS LE SPORT SANTÉ

### Au niveau fédéral

22. Votre fédération attribue-t-elle un label sport santé ? \*

NON, merci de passer directement à la question n°27

OUI, merci de répondre aux questions suivantes

**23. Quel est l'intitulé exact de ce label sport santé ?**

**24. Avez-vous demandé ce label sport santé à votre fédération ?**

- NON
- OUI, merci de répondre aux questions suivantes

**25. Avez-vous obtenu ce label sport santé ?**

- NON
- OUI, précisez la date d'obtention de ce label sport santé :

**26. Indiquez la durée de validité de ce label :**

**Au niveau régional**

**27. Votre ligue (ou comité régional) attribue-t-elle un label sport santé ? \***

- NON, merci de passer directement à la question n°32
- OUI, merci de répondre aux questions suivantes

**28. Quel est l'intitulé exact de ce label sport santé ?**

**29. Avez-vous demandé ce label sport santé à votre ligue/comité régional**

- NON
- OUI, merci de répondre aux questions suivantes

**30. Avez-vous obtenu ce label sport santé ?**

- NON
- OUI, précisez la date d'obtention de ce label sport santé :

**31. Indiquez la durée de validité de ce label :**

### CONDITIONS D'ACCUEIL DE L'ASSOCIATION

**32. Quelles sont les modalités d'accueil dont dispose l'association ? \***  
(Plusieurs réponses possibles)

- 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 à temps partiel sur quelques créneaux

Merci de préciser ci-dessous les horaires de l'accueil :	
LUNDI :	
MARDI :	
MERCREDI :	
JEUDI :	
VENDREDI :	
SAMEDI :	
DIMANCHE :	

- Accueil dans un local réservé à cet effet à temps complet

Merci de préciser ci-dessous les horaires de l'accueil :	
LUNDI :	
MARDI :	
MERCREDI :	
JEUDI :	
VENDREDI :	
SAMEDI :	
DIMANCHE :	

- Autre, précisez :

### ORGANISATION DE LA PRATIQUE SPORTIVE DE L'ASSOCIATION

**33. Votre association propose-t-elle des créneaux de pratique sportive sport-santé? \***

*Dans le cadre de la labellisation sport santé 1, un créneau sport santé est un créneau d'activité physique non orienté vers la compétition, = loisirs, détente, ouvert à toutes les personnes et obligatoirement encadré (formation minimale : niveau fédéral, plus d'infos sur les justificatifs à fournir en page 3).*

*N.B. : Les créneaux accueillant des personnes atteintes d'un handicap et/ou vivant avec une pathologie ne sont pas considérés dans le niveau de label sport santé 1, ils le seront dans les niveaux de labels ultérieurs.*

- NON, merci de passer directement à la question n°36
- OUI, merci de préciser le nombre de créneaux :  par Choisissez un élément.

**34. Programmation des créneaux sport santé\***

	Type d'activités	Activité proposée	Type de publics *	Lieu de pratique (adresse précise)	Encadrement (Nom de l'encadrant)	Pathologie	Plage horaire (jour + horaires précis) Ex : mercredi 18h00-20h00
<i>exemple</i>	<i>Raquettes</i>	<i>badminton</i>	<i>seniors</i>	<i>Salle du tennis, Tennisville</i>	<i>Michel DUPOND</i>	<i>aucune</i>	<i>Samedi 12h00-14h00</i>
Créneau 1	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 2	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 3	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 4	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 5	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 6	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 7	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 8	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	



Créneau 9	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 10	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 11	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 12	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 13	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 14	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 15	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 16	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 17	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	
Créneau 18	Choisissez un élément.		Choisissez un élément.			aucune	

**35. Ces créneaux horaires de pratique sport santé changent-ils**

**d'un trimestre à l'autre ? \***

OUI       NON

**d'un semestre à l'autre ? \***

OUI       NON

**36. Votre association propose-t-elle des créneaux de pratique sport santé pendant les vacances scolaires ? \***

NON

OUI, les créneaux de pratique proposés sur cette période de vacances scolaires sont-ils identiques à ceux proposés le reste de l'année ?

OUI

NON, merci de préciser ci-dessous en quoi ils diffèrent :


**Lien sportif de l'association**

**37. Indiquez le nombre de personnes encadrant l'activité physique dans votre association (bénévoles compris) \***

**38. Indiquez le nombre de personnes encadrant les activités sport santé dans votre association (bénévoles compris) \***

*(si aucune personne encadre les activités sport santé, merci de passer directement à la question n°40)*

**39. Informations sur les intervenants des créneaux sport santé\*** (Tous les encadrants intervenant sur les créneaux sport santé programmés par votre association doivent figurer dans cette demande)

Informations	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 1</b></p> <p>Nom </p> <p>Prénom</p> <p><input type="radio"/> Bénévole <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> Salarié <sup>2</sup></p> <p>Pour les salariés, numéro de la carte professionnelle :</p> <p>N° des créneaux encadrés par cet intervenant (en référence à la question n°34) :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé en lien avec l'activité):</p> <p><input type="radio"/> Universitaire</p> <p><input type="radio"/> d'Etat</p> <p><input type="radio"/> Fédéral</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu :</p> <p>Date d'obtention du diplôme :</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur :</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée :</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>-----</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Précisez le titre précis de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez la date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez l'organisme formateur :</p> <p>-----</p> <p>Précisez quelques détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

<sup>1</sup> Joindre à la demande une photocopie du diplôme <sup>2</sup> Joindre à la demande une photocopie de la carte professionnelle


*Si uniquement 1 intervenant encadre vos créneaux sport santé, merci de passer directement à la page 16*

Informations	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 2</b></p> <p>Nom</p> <p>Prénom</p> <p><input type="radio"/> Bénévole <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> Salarié <sup>2</sup></p> <p>Pour les salariés, numéro de la carte professionnelle :</p> <p>N° des créneaux encadrés par cet intervenant (<i>en référence à la question n°34</i>) :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé en lien avec l'activité):</p> <p><input type="radio"/> Universitaire</p> <p><input type="radio"/> d'Etat</p> <p><input type="radio"/> Fédéral</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu :</p> <p>Date d'obtention du diplôme :</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur :</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée :</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1 ?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>-----</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Précisez le titre précis de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez la date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez l'organisme formateur :</p> <p>-----</p> <p>Précisez quelques détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

<sup>1</sup> Joindre à la demande une photocopie du diplôme

<sup>2</sup> Joindre à la demande une photocopie de la carte professionnelle


*Si uniquement 2 intervenants encadrent vos créneaux sport santé, merci de passer directement à la page 16*

Informations	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 3</b></p> <p>Nom </p> <p>Prénom</p> <p><input type="radio"/> Bénévole <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> Salarié <sup>2</sup></p> <p>Pour les salariés, numéro de la carte professionnelle :</p> <p>N° des créneaux encadrés par cet intervenant (<i>en référence à la question n°34</i>) :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé en lien avec l'activité):</p> <p><input type="radio"/> Universitaire</p> <p><input type="radio"/> d'Etat</p> <p><input type="radio"/> Fédéral</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu :</p> <p>Date d'obtention du diplôme :</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur :</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée :</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1 ?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>-----</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Précisez le titre précis de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez la date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez l'organisme formateur :</p> <p>-----</p> <p>Précisez quelques détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

<sup>1</sup> Joindre à la demande une photocopie du diplôme

<sup>2</sup> Joindre à la demande une photocopie de la carte professionnelle


*Si uniquement 3 intervenants encadrent vos créneaux sport santé, merci de passer directement à la page 16*

Informations	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 4</b></p> <p>Nom </p> <p>Prénom</p> <p><input type="radio"/> Bénévole <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> Salarié <sup>2</sup></p> <p>Pour les salariés, numéro de la carte professionnelle :</p> <p>N° des créneaux encadrés par cet intervenant (<i>en référence à la question n°34</i>) :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé en lien avec l'activité):</p> <p><input type="radio"/> Universitaire</p> <p><input type="radio"/> d'Etat</p> <p><input type="radio"/> Fédéral</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu :</p> <p>Date d'obtention du diplôme :</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur :</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée :</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1 ?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>-----</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Précisez le titre précis de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez la date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez l'organisme formateur :</p> <p>-----</p> <p>Précisez quelques détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

<sup>1</sup> Joindre à la demande une photocopie du diplôme

<sup>2</sup> Joindre à la demande une photocopie de la carte professionnelle

*Si uniquement 4 intervenants encadrent vos créneaux sport santé, merci de passer directement à la page 16*

Informations	Formation Initiale	Formation Prévention et Secours Civique de niveau 1 (PSC1)	Formation Sport-Santé
<p><b>Intervenant 5</b></p> <p>Nom </p> <p>Prénom</p> <p><input type="radio"/> Bénévole <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> Salarié <sup>2</sup></p> <p>Pour les salariés, numéro de la carte professionnelle :</p> <p>N° des créneaux encadrés par cet intervenant (<i>en référence à la question n°34</i>) :</p>	<p>Diplôme obtenu (précisez uniquement le diplôme le plus élevé en lien avec l'activité):</p> <p><input type="radio"/> Universitaire</p> <p><input type="radio"/> d'Etat</p> <p><input type="radio"/> Fédéral</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p> <p>Précisez le titre du diplôme obtenu :</p> <p>Date d'obtention du diplôme :</p> <p>Précisez le nom de l'organisme formateur :</p> <p>Si diplôme avec recyclage obligatoire, précisez la date de la dernière session effectuée :</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation PSC1 ?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, quelle est la date d'obtention de l'attestation ?</p> <p>-----</p> <p>Quelle est la date de la dernière session de réactualisation suivie ?</p>	<p>L'intervenant a-t-il suivi une formation Sport-Santé?</p> <p><input type="radio"/> OUI</p> <p><input type="radio"/> NON</p> <p>-----</p> <p>Si oui, Précisez le titre précis de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez la date de la formation Sport-Santé suivie :</p> <p>-----</p> <p>Précisez l'organisme formateur :</p> <p>-----</p> <p>Précisez quelques détails sur le contenu de la formation (ex: Pour quel type de public, durée de la formation,...)</p>

<sup>1</sup> Joindre à la demande une photocopie du diplôme

<sup>2</sup> Joindre à la demande une photocopie de la carte professionnelle

*Si plus de 5 intervenants encadrent vos créneaux sport santé, merci de télécharger sur le site [www.sport-sante-paysdelaloire.fr](http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr) le document « intervenant supplémentaire » pour chacun des intervenants que vous souhaitez ajouter en plus des 5 déclarés dans ce présent dossier.*

**40. Un dispositif financier adapté est-il mis en place pour l'accueil des personnes socialement défavorisées ? \***

Pour plus d'informations, consultez « [le Guide pour l'accueil des personnes en difficulté sociale](#) »

(ex : paiement en plusieurs fois, séance d'essai gratuite, tarif famille, etc.)

NON

OUI, merci de détailler le dispositif financier mis en place :

**41. Proposez-vous un dispositif (autre que financier) pour l'insertion et/ou l'inclusion sociale des personnes socialement défavorisées ? \***

(ex : créneaux ouverts aux personnes en situation précaire, etc.)

NON

OUI, merci de détailler le dispositif mis en place :

**42. Proposez-vous un dispositif adapté aux contraintes de publics particuliers ? \***

(ex : créneaux ouverts aux parents accompagnés de leur(s) enfant(s), femmes, etc.)

NON

OUI, merci de détailler le dispositif mis en place :

**43. L'association possède-t-elle une convention avec une collectivité locale ou intercommunale ? \***

NON

OUI, merci de préciser le nom de la collectivité locale ou intercommunale concernée et en quoi consiste cette convention :



44. Nom de la structure\* :

45. Date de la demande\* :

46. Nom du demandeur\* :

47. Qualité du demandeur\* :

48. Après avoir pris connaissance des engagements imposés aux associations et labellisées (cf « Guide pratique de demande de label ») \*

je m'engage à les remplir

je les refuse

49. En cochant la case ci-dessous, le demandeur du label déclare sur l'honneur l'exactitude des informations\*

Le demandeur du label déclare sur l'honneur l'exactitude des informations



**CROS**

**PAYS DE LA  
LOIRE**

Maison des Sports  
44 Rue Romain Rolland BP 90312  
44103 Nantes cedex 4

Tél : 02 40 58 60 75  
[p.guerin@franceolympique.com](mailto:p.guerin@franceolympique.com)

[www.sport-sante-paysdelaloire.fr](http://www.sport-sante-paysdelaloire.fr)