

Appel à projet Créneaux Séniors Actifs Marne



Éléments de contexte

Préserver la santé des séniors est un objectif incontournable du Conseil Départemental de la Marne et de la Conférence des financeurs depuis de nombreuses années. Pour y parvenir de nombreux leviers sont utilisés et notamment l'activité physique. De nombreuses études soulignent le rôle crucial et primordial de la pratique d'une activité physique régulière pour préserver son capital santé. La liste des bienfaits de l'activité physique est longue autant chez les jeunes que chez les plus âgés.

L'objectif principal du projet est ainsi de **développer une offre sportive de qualité à destination des personnes de plus de 60 ans au sein d'associations du territoire Marnais et ainsi les encourager à adopter un mode de vie plus actif.**

Financé par le Conseil Départemental de la Marne, ce projet est porté par le Réseau Sport-Santé Bien-Être et mené en collaboration avec le Comité Départemental Olympique et Sportif de la Marne.



La subvention du Département

Dans cette optique, le Conseil Départemental de la Marne souhaite soutenir financièrement les **structures sportives fédérales** dans le développement d'une offre sportive adaptée au public sénior (+ de 60 ans).

Subvention du Département

1000 € la 1ère Année
500 € la 2ème Année

Critères d'obtention

- ✓ Être une association Marnaise, affiliée à une Fédération sportive
- ✓ Développer une offre d'activité physique et sportive adaptée au public sénior (contenu d'activités, espace de pratique, matériel, intensité, horaires)
- ✓ Avoir un éducateur sportif formé à la pratique de la discipline avec une spécification Sport-Santé prévention primaire/éducation pour la santé par les APS fédérale ou mouvement olympique et sportif
- ✓ Mettre en place les évaluations demandées en début d'année sportive et en fin d'année sportive
- ✓ Communiquer les résultats des évaluations en fin d'année sportive au RSSBE
- ✓ Evaluer l'assiduité des pratiquants

FICHE 1 : Identification de votre association

Identité de l'association

Nom de l'association :

Acronyme :

Discipline sportive :

Affiliée à la fédération de :

Numéro de SIRET :

Coordonnées de l'association

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Site internet :

Courriel :

Représentant légal de la structure

Nom : Prénom :

Fonction : Téléphone :

Courriel : Mobile :

Contact sport-santé (si différent du représentant légal)

Nom : Prénom :

Fonction : Téléphone :

Courriel : Mobile :

FICHE 2 :**Identification de votre éducateur sportif****Merci de remplir 1 fiche par encadrant formé et intervenant dans les créneaux proposés (Annexe 1)****Identité de l'encadrant**

Nom : Prénom :

Téléphone : Mobile :

Courriel :

Formation(s) initiale(s) sportive(s)

Diplôme 1 :

Diplôme 2 :

Diplôme 3 :

Formation(s) Sport-Santé Niveau 1 Sport-Santé (CDOS) Niveau 2 Sport-Santé (CROS GE) Formation Séniors actifs (CDOS Marne)

Formation fédérale :

Formation fédérale 2 :

Autre formation :

Avez-vous une formation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 ? Oui Non

Intitulé et date d'obtention de la formation :

Merci de joindre tous les justificatifs : Copie des diplômes, attestations de formation, carte professionnelle.

FICHE 3 :**Identification des activités proposées***Merci de remplir 1 fiche par créneau proposé (Annexe 2)***Créneau 1****Description**

Nom du créneau :

Discipline : _____

Programme fédéral : Oui Non

Nom du programme :

Fédération : _____

Description de l'activité :

.....

.....

.....

.....

Publics accueillis Sénior 60-75 ans Séniors 75 ans et +**Pratique**

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Jour : | | Horaires : | |
| Lieu (Nom gymnase, salle ...) : | | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Code postal : | |
| Effectif maximum du groupe : | | | |
| Tarifs 1 ^{ère} année : | | Tarifs 2 ^{ème} année : | Tarifs 3 ^{ème} année : |
| Nom et Prénom de l'encadrant : | | | |

Projet Sport-Santé et Objectifs

Quels sont les objectifs de votre activité pour les pratiquants ? (Objectif mesurable ou réaliste, bénéfices attendus, etc.)

Quelles conditions d'accueil sont mises en place ?

Quelles évaluations souhaitez-vous mettre en place ? Et à quelle fréquence ?

ANNEXE 1

Identification de votre éducateur sportif (n°2)

Identité de l'encadrant

Nom : Prénom :

Téléphone : Mobile :

Courriel :

Formation(s) initiale(s) sportive(s)

Diplôme 1 :

Diplôme 2 :

Diplôme 3 :

Formation(s) Sport-Santé

Niveau 1 Sport-Santé (CDOS) Niveau 2 Sport-Santé (CROS GE)

Formation Séniors actifs (CDOS Marne)

Formation fédérale :

Formation fédérale 2 :

Autre formation :

Avez-vous une formation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 ? Oui Non

Intitulé et date d'obtention de la formation :

Merci de joindre tous les justificatifs : Copie des diplômes, attestations de formation, carte professionnelle.

ANNEXE 1

Identification de votre éducateur sportif (n°3)

Identité de l'encadrant

Nom : Prénom :

Téléphone : Mobile :

Courriel : _____

Formation(s) initiale(s) sportive(s)

Diplôme 1 :

Diplôme 2 :

Diplôme 3 :

Formation(s) Sport-Santé

Niveau 1 Sport-Santé (CDOS) Niveau 2 Sport-Santé (CROS GE)

Formation Séniors actifs (CDOS Marne)

Formation fédérale :

Formation fédérale 2 :

Autre formation :

Avez-vous une formation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 ? Oui Non

Intitulé et date d'obtention de la formation :

Merci de joindre tous les justificatifs : Copie des diplômes, attestations de formation, carte professionnelle.

ANNEXE 2

Identification des activités proposées

Créneau 2

Description

Nom du créneau :

Discipline :

Programme fédéral : Oui Non

Nom du programme :

Fédération : _____

Description de l'activité :

.....

.....

.....

.....

Publics accueillis

Sénior 60-75 ans

Séniors 75 ans et +

Pratique

| | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Jour : | | Horaires : | |
| Lieu (Nom gymnase, salle ...) : | | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Code postal : | |
| Effectif maximum du groupe : | | | |
| Tarifs 1 ^{ère} année : | | Tarifs 2 ^{ème} année : | Tarifs 3 ^{ème} année : |
| Nom et Prénom de l'encadrant : | | | |

ANNEXE 2

Identification des activités proposées

Créneau 3

Description

Nom du créneau :

Discipline : _____

Programme fédéral : Oui Non

Nom du programme :

Fédération : _____

Description de l'activité :

.....

.....

.....

.....

Publics accueillis

Sénior 60-75 ans

Séniors 75 ans et +

Pratique

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| Jour : | | Horaires : | |
| Lieu (Nom gymnase, salle ...) : | | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | Code postal : | |
| Effectif maximum du groupe : | | | |
| Tarifs 1 ^{ère} année : | Tarifs 2 ^{ème} année : | Tarifs 3 ^{ème} année : | |
| Nom et Prénom de l'encadrant : | | | |

Charte d'engagement de la structure

Le signataire de la déclaration doit être l'une des personnes en charge de l'administration de la structure ou son mandataire.

Si le signataire n'est pas le représentant légal de la structure, joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.

Je soussigné(e)....., représentant légal

de la structure

- Certifie exactes et sincères les informations du présent dossier de demande de financement
- M'engage à communiquer au Réseau Sport Santé Bien-Être tout changement concernant les données de la structure

Merci de joindre le RIB de votre structure afin de procéder au versement de la subvention qui sera allouée ainsi que l'attestation d'assurance de votre structure.

Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service auprès duquel vous avez déposé votre dossier. Les articles 39 et suivants de cette loi vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant

Fait à Le

Signature et cachet

Charte d'engagement de l'encadrant

En tant qu'intervenant en activité physique dans le cadre des créneaux Séniors Actifs, je m'engage à :

- Respecter le pratiquant dans sa globalité d'être humain et ses valeurs
- Posséder une formation Sport-Santé / Approche Prévention Primaire
- Veiller à ce que l'activité proposée soit Régulière, Adaptée, Sécurisée et Progressive : Un créneau d'une heure par semaine au minimum tout au long de l'année (hors vacances scolaires)
- Promouvoir l'activité physique quotidienne et encourager la réduction des temps de sédentarité
- Lui porter un regard bienveillant et exempt de tout jugement
- Lui proposer une activité physique conforme à mes compétences et adaptée à son état de forme
- Mettre en place des évaluations
- Mettre en place un suivi de l'assiduité des pratiquants
- Informer le RSSBE de tout changement en lien avec l'activité physique proposée

Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service auprès duquel vous avez déposé votre dossier. Les articles 39 et suivants de cette loi vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant

Nom Prénom :

Fait à Le

Signature

Liste des pièces à joindre au dossier

| | |
|-----------|--|
| Encadrant | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Copie des diplômes<input type="checkbox"/> Attestation de formation<input type="checkbox"/> Carte professionnelle<input type="checkbox"/> Charte d'engagement encadrant signée |
| Structure | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Copie RIB<input type="checkbox"/> Attestation assurance<input type="checkbox"/> Charte engagement structure signée<input type="checkbox"/> Attestation d'affiliation à votre fédération d'appartenance |