



Appel à Manifestation d'Intérêt



Besoin d'informations sur le dispositif, d'assistance pour remplir ce formulaire, contactez :
Amel ZMIRLI (Comité Paralympique et Sportif Français) - a.zmirli@france-paralympique.fr

* Obligatoire

1. Type de structure *

EAM (FAM)

ESAT

IME

ITEP

MAS

SAMSAH

SESSAD

Autre

2. Nom de l'ESMS : *

3. Structure gestionnaire (nom) : *

4. Numéro FINESS juridique : *

5. Numéro FINESS géographique : *

6. Adresse : *

7. Code postal : *

8. Ville *

9. Nom, Prénom de la personne de contact : *

10. Adresse email : *

11. Numéro de téléphone : *

12. Nombre de personnes accueillies par l'établissement : *

13. Typologie des déficiences accueillies *

14. Age du public *

Adulte

Enfant

15. Avez-vous un éducateur sportif au sein de votre établissement ? :

Oui

Non

16. Quels types d'activités sportives récurrentes sont mises en place ? (5 max)

17. Disposez-vous d'un partenariat sportif avec un club ? : *

Oui

Non

18. Nom du club 1 : *

19. Nom du club 2 :

20. Nom du club 3 :

21. Au regard des envies des pratiques sportives exprimées par les personnes accompagnées, identifiez-vous déjà un club dans votre environnement avec lequel un partenariat sportif pourrait être travaillé ? *

Oui

Non

22. Nom du club : *

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.