



VALIDES, HANDICAPÉS  
POUR UN SPORT ENSEMBLE

**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) ?				
	<input type="checkbox"/> Nombre de pratiquant.e.s : .....	<input type="checkbox"/> Nombre de pratiquant.e.s : .....	<input type="checkbox"/> Nombre de pratiquant.e.s : .....	<input type="checkbox"/> Nombre de pratiquant.e.s : .....
Conventionnement	Conventionné sport adapté (/établissement spécialisé) <input type="checkbox"/>		Création d'une section handisport (CRH) et /ou CDSA Licence Sport adapté ou handisport <input type="checkbox"/>	
Encadrement : formation des encadrant.es	Temps de sensibilisation  Expérience professionnelle  Expérience Bénévole  <input type="checkbox"/>	AQA et / CQH  Formation Abécédaire  <input type="checkbox"/>	CQP  Licence et master APAS  Licence éducation et motricité  Diplôme d'Etat  Certification de spécialisation  <input type="checkbox"/>	
Nom de la (ou des) personne(s) formée(s)	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	

Accessibilité des locaux selon le type de handicap	Accessibilité				
	Les locaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	L'espace de pratique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Les sanitaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Les douches	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Chemin d'accessibilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Le Club House	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Matériel	Possédez-vous du matériel adapté ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
	Si oui, quel type de matériel ?..... ..... .....				
	Si NON, quel est votre besoin matériel ? ..... ..... .....				
Périodicité	Moins d'une séance par semaine Cycle/stage <input type="checkbox"/>	1 séance par semaine <input type="checkbox"/>	Plusieurs séances par semaine <input type="checkbox"/>		
	Pratique en mixité (valides-handicapés) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

<p><b>Intégration ou inclusion dans le club</b></p>	<p>Les personnes en situation de handicap sont-elles associées à l'ensemble des activités et à la vie du club ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Les personnes en situation de handicap ont-elles une fonction de dirigeant.e.s dans l'association?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, quelle(s) est (sont) la (les) fonction(s) occupée(s): .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Communication</b></p>	<p>Possédez-vous des outils de communication ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, quels types d'outils ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Vos outils de communications mentionnent-ils l'accueil du public handicapé ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Le club est-il inscrit sur l'Handiguide ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p>
<p><b>Autres observations</b></p>	<p>A titre indicatif, si vous accueillez du public « handicap mental »:</p> <p>Accueillez-vous des personnes avec des troubles du spectre de l'autisme (TSA)?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI    <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, combien ? : .....</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Autres observations :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>