

**Grille d’agrément**

**Préambule : A lire avant de remplir le formulaire.**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par :

**Sandrine GERVAIS, Agent de développement du CROS Normandie -** [sandrinegervais@franceolympique.com](mailto:sandrinegervais@franceolympique.com) **– 02.31.84.91.28**

pour :

* Promouvoir la pratique sportive des personnes en situation de handicap
* Informer sur la qualité de l’encadrement
* Communiquer sur l’ensemble des clubs labellisés
* S’assurer d’un accueil adapté et bienveillant des personnes en situation de handicap
* Permettre la gratification des clubs par nos partenaires privés

La base légale du traitement est **le consentement.**

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants :

**Délégation Régionale Académique à la** **Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports (DRAJES) Normandie , Services Départementaux à la Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports (SDJES), Comité Paralympique Sportif Français (CPSF), Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie, Conseil Régional Normandie, conseils départementaux, CDOS du territoire Normand, Comité Régional Handisport Normandie et ses comités départementaux, Ligue de Normandie de Sport Adapté et ses comités départementaux ainsi que les partenaires privés du CROS et le grand public si le club est labellisé (site internet, annuaire…).**

Les données sont conservées pendant **une olympiade soit jusqu’au 31 décembre 2024 si le club est labellisé et un an à compter de la date de signature de ce formulaire si le club n’obtient pas la labellisation.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données et retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter :

**Mme Sandrine GERVAIS, agent de développement du CROS Normandie,**

**située au 1901, Maison des Associations – 8 rue Germaine Tillion 14000 CAEN**

[sandrinegervais@franceolympique.com](mailto:sandrinegervais@franceolympique.com) **– 02.31.84.91.28.**

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**Identité et coordonnées du club :**

Nom du club:……………………………………………………………………………………………………………………

Adresse du siège social :…………………………………………………………………………………………………..

*………………………………………………………………………………………………………………………………………...*

*Téléphone du Club : ……………………………*

*E-mail du Club : …………………………………………………………………..*

Adresse du lieu de pratique : …………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

**Identité et coordonnées des représentants du club** :

Nom et Prénom du/de la Président.e : ……………………………………………………………………………………………

*Téléphone du/de la Président.e\* :………………………*

*E-mail du/de la Président.e\* : …………………………………………………………………………………….*

**Je donne mon consentement au traitement des données à caractère personnel ci-dessus comportant un astérisque rouge** \* **dans les conditions évoquées en préambule** :

OUI  NON

Nom du/de la « référent.e handicap » :…………………………………………………………………………

Téléphone du/de la « référent.e handicap » \*: ………………………………

*Mail du/de la « référent.e handicap » \* : …………………………………………………………………….*

**Je donne mon consentement au traitement des données à caractère personnel ci-dessus comportant un astérisque rouge** \* **dans les conditions évoquées en préambule** :

OUI  NON

## *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) ?** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | |
| Nombre de pratiquant.e.s :  ………………………….. | | | | Nombre de pratiquant.e.s  :  ………………………..… | | | | | Nombre de pratiquant.e.s :  …………………………. | | | | | | Nombre de pratiquant.e.s :  …………………………. | | | |
| **Conventionnement** | Conventionné sport adapté (/établissement spécialisé) | | | | | | | | | Création d’une section handisport (CRH) et /ou CDSA  Licence Sport adapté ou handisport | | | | | | | | | |
| **Encadrement : formation des encadrant.es** | Temps de sensibilisation  Expérience professionnelle  Expérience Bénévole | | | | | | AQSA et / CQH  Formation Abécédaire | | | | | | | CQP  Licence et master APAS  Licence éducation et motricité  Diplôme d’Etat  Certification de spécialisation | | | | | |
| **Nom de la (ou des) personne(s) formée(s)** | …………………………………..  ………………………………….  …………………………………….  ………………………………….. | | | | | | …………………………………..  ………………………………….  …………………………………….  ………………………………….. | | | | | | | ……………………………………  …………………………………….  …………………………………….  ………………………………….. | | | | | |
| Accessibilité des locaux selon le type de handicap | | | Accessibilité |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| Les locaux | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| L’espace de pratique | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Les sanitaires | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Les douches | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Chemin d’accessibilité | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Le Club House | OUI | | NON | | | OUI | | NON | | OUI | | NON | | OUI | NON | |
| Matériel | | | Possédez-vous du matériel adapté ? OUI NON  Si oui, quel type de matériel ?...............................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………  Si NON, quel est votre besoin matériel ? …………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Périodicité | | | Moins d’une séance par semaine  Cycle/stage | | | | | 1 séance par semaine | | | | Plusieurs séances par semaine | | | | | | | |
| Pratique en mixité (valides-handicapés) ? OUI NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intégration ou inclusion dans le club | | Les personnes en situation de handicap sont-elles associées à l’ensemble des activités et à la vie du club ?  OUI NON  Les personnes en situation de handicap ont-elles une fonction de dirigeant.e.s  dans l’association?  OUI NON  Si oui, quelle(s) est (sont) la (les) fonction(s) occupée(s): ………….………………..  ……………………………………………………………………………………………………………….....……….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communication | | Possédez-vous des outils de communication ?  OUI NON  Si oui, quels types d’outils ?.....................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………  Vos outils de communications mentionnent-ils l’accueil du public handicapé ?  OUI NON  Le club est-il inscrit sur l’Handiguide ( <https://www.handiguide.sports.gouv.fr/>) ?  OUI NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres observations | | A titre indicatif, si vous accueillez du public « handicap mental »:  Accueillez-vous des personnes avec des troubles du spectre de l’autisme (TSA)?  OUI NON  Si oui, combien ? : ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres observations :  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date :

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature**  **Du/de la Président.e du club** | **Signature**  **Du/de la Référent.e Handicap du club** |