

## Demande de financement pour la création d'un créneau Sport Santé auprès de la Communauté d'agglomération Saumur Val de Loire Année sportive 2024-2025

### Rappel sur les modalités de dépôt du dossier

 **transmettre le document ci-après, en un seul exemplaire, avant le 15 août 2025 :**

- Soit par voie postale à la Direction des Politiques Sportives, 11 rue du Maréchal Leclerc, 49400 SAUMUR :
  - cette demande complétée et signée
- Soit par voie électronique à l'adresse suivante : [politiquessportives@saumurvalde Loire.fr](mailto:politiquessportives@saumurvalde Loire.fr)
  - mettre en objet du courriel : **projet DDSATC 2025 - NOM de votre structure**
  - cette demande complétée et signée

### 1- Identification générale de l'organisme

Nom (sigle et toutes lettres)	
Adresse	
Téléphone	
Courriel (adresse générique de la structure)	
Site internet	
Président-e	nom : tél : @ :
Vice- président-e	nom : tél : @ :
Forme juridique	
Date de création	
N° RNA (répertoire national des associations)	
N° SIRET	
Modifications statutaires intervenues au cours de l'année N-1	☒ recenser les changements intervenus (statuts, composition, titre, ...) et transmettre les justificatifs par courrier -
Agrément(s) et conventionnement(s)	
Effectifs salariés permanents	☒ nom des personnes, fonction, nbre ETP, type de contrat de travail
Objet de l'organisme (cf statuts)	
Activités de l'organisme	

Projet de l'association	
Axe(s) de développement de la structure	

## 2- Caractéristiques générales de l'action SPORT-SANTÉ

### 2.1 – Présentation globale de l'action SPORT-SANTÉ dans la structure

Intitulé	
Historique et/ ou contexte de l'action	
Personne chargée du suivi du conventionnement	<i>nom :</i> <i>tél :</i> <i>@ :</i>
Personne encadrante (chargée de l'animation de l'action)	<i>nom :</i> <i>tél :</i> <i>@ :</i>
Formation de l'encadrant	☒ <i>Diplôme fédéral ou professionnel ou formation</i>
Date de mise en œuvre de l'action	
Objectifs de l'action	
Capacité d'accueil globale	☒ <i>nbre de participants au total, par par public</i>
Lieu de réalisation de l'action	☒ <i>adresses des différents sites d'implantation de l'action</i>
Statut des participants durant l'action	☒ <i>Jeunes, Adolescents, Adultes, Seniors, Handi...</i>
Contenu de l'action	☒ <i>nature des activités, supports utilisés...</i>

### 3- Accompagnement mis en œuvre

Durée et rythme de l'action pour le participant	
Modalités d'accueil et d'entrée	
Modalités de participation et de suivi	
Modalités d'évaluation	☒ <i>indicateurs utilisés pour mesurer les effets visés pour les participants ...</i>

### 4- Partenariat

Partenariats favorisant le parcours des participants	
Moyens envisagés pour faire connaître l'action	☒ <i>communication...</i>
Comité de suivi	

### 5- Moyens dédiés à l'action

Moyens humains	☒ <i>nom des personnes, fonction, nbre ETP, type de contrat de travail</i>					
	☒ nom prénom	☒ fonction	☒ Diplôme, Formation	☒ ETP structure	☒ ETP action	☒ type de contrat travail
Moyens logistiques						

## 6- Éléments financiers

Commentaires sur la situation financière de la structure	
Commentaires sur le budget prévisionnel de l'action	
Coût total de l'action	

Je soussigné(e), (*nom, prénom*) :  
Représentant légal de l'association

- déclare que l'association est à jour de ses obligations sociales et fiscales
- certifie exactes et sincères les informations transmises dans le cadre de ce présent dossier de demande de financement.

Fait le à

Signature du Président (ou de son délégué)  
et cachet de l'organisme