



# PRESCRI' m@ouv

*Bouger plus pour vivre mieux !*

## ANNEXE 2 : déclaration de candidature

 Cette page devra être imprimée, complétée et signée, scannée puis transmise selon les modalités proposées dans le guide

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(e) légal(e) de la structure  
*Nom, prénom*

Structure :

Préciser son nom

- certifie que la structure est régulièrement déclarée,
- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier de candidature pour l'obtention du label **Prescri'mouv**,
- accepte, en cas de labellisation, de figurer dans l'annuaire régional regroupant les structures labélisées **Prescri'mouv**.

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*



# PRESCRI' m@uv

*Bouger plus pour vivre mieux!*

## ANNEXE 3 - Charte de l'intervenant Prescri'mouv

En tant qu'intervenant en activité physique dans le dispositif Prescri'mouv, je m'engage à :

- Respecter le patient dans sa globalité d'être humain et ses valeurs ;
- Lui porter un regard bienveillant et exempt de jugement ;
- Recueillir oralement son consentement libre et éclairé avant toute pratique physique ;
- Lui proposer une activité physique conforme à mes compétences et adaptée à son état de santé ;
- Lui prodiguer des conseils en activité physique conformes aux données actuelles de la science et aux programmes nationaux de santé en cours ;
- Lui garantir la confidentialité des données personnelles, médicales et familiales dont il me ferait part ou dont j'aurais pris connaissance par ailleurs ;
- M'interdire toute immixtion dans un domaine qui ne relève pas strictement de mes compétences professionnelles ;
- Respecter les exigences du cahier de charges Prescri'mouv pour ma structure ;
- Actualiser mes connaissances et compétences dans le domaine de l'activité physique et sportive appliquée aux bénéficiaires de Prescri'mouv.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Fait \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature

## OFFRE DE CRENEAUX SPORT-SANTE (PAGE 1/2)

Numéro du créneau : 

## 1. Identification du ou des intervenant(s) du créneau :

Intervenant principal : (NOM Prénom)	
Intervenant 2 : (NOM Prénom)	
Intervenant 3 : (NOM Prénom)	

Pour chaque intervenant, joindre au dossier :

- Annexe 1 : Fiche d'information renseignée
- Annexe 3 : Charte renseignée, signée
- Copie des diplômes (ou le cas échéant, annexe 5 : Dossier de demande d'équivalence)
- Copie de la carte professionnelle
- Attestation de moins de 3 ans pour la formation Prévention et secours civique de niveau 1

## 2. Identification du créneau sport santé

Nom du créneau (le cas échéant) :	
Discipline sportive :	
Pathologies concernées :	<input type="checkbox"/> Cancer du sein <input type="checkbox"/> Cancer colorectal <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Maladie coronaire stabilisée <input type="checkbox"/> Obésité OU <input type="checkbox"/> Toutes pathologies Prescri'mouv
Si prise en charge de pathologies différentes de celles prévues dans le cadre de Prescri'mouv, précisez :	
Jour :	
Horaires :	
Indiquer ici les périodes de fermeture du créneau :	

## 3. Description du créneau sport santé

Décrire l'offre de pratique dédiée :

Par ex. nombre de séances, évolution de l'activité dans le temps, créneaux individuels dédiés, intégration dans un groupe collectif dédié ou traditionnel, utilisation de matériels spécifiques, pédagogie...

## SUITE : OFFRE DE CRENEAUX SPORT-SANTE (PAGE 2/2)

Numéro du créneau (rappel):

### 4. Lieu de pratique Principal :

Adresse:

### 5. Autre lieu de pratique :

Adresse:

### 6. Tarifs et accessibilité financière

Préciser le ou les tarif(s) de l'activité (pour chaque année si connu(s)) :

Première année :	<input type="text"/>
Deuxième année :	<input type="text"/>
Troisième année :	<input type="text"/>

Un dispositif financier adapté est-il mis en place pour l'accueil des personnes socialement défavorisées ?  Oui  Non

Si oui, détailler le dispositif financier mis en place : (Par ex. paiement en plusieurs fois, licence spécifique et coût de la séance...)

## DEMANDE D'ÉQUIVALENCE DE FORMATION ET D'EXPERIENCE

### Rubrique 1 : Nature de la demande

Vous pouvez demander l'équivalence pour un ou deux niveaux de formation. Les deux niveaux sont nécessaires pour prétendre au label Prescri'Mouv et mettre en œuvre le parcours 2. Pour chaque niveau demandé merci de cocher les compétences que vous pensez avoir acquises.

#### Équivalence Niveau 1 : Tronc Commun

- Être informé de la réglementation en vigueur dans le domaine des droits des malades et des activités physiques adaptées sur prescription médicale.
- Connaître l'environnement du Grand Est (institutions administratives, plans nationaux de santé publique, plan régional APS aux fins de santé, réseaux)
- Connaître les principes du sport-santé (Aller vers l'autonomie dans sa pratique, développement des compétences psycho-sociales et d'adaptation)
- Connaître les recommandations internationales relatives à l'AP pour la santé (OMS 2010, qualité de vie, sédentarité)
- Être en mesure d'appréhender les différentes formes de préventions (primaire, secondaire, tertiaire), et ainsi se situer dans son intervention
- Savoir utiliser les tests de l'évaluation physique validés scientifiquement (équilibre, force, cardiorespiratoire, test de souplesse) ; des questionnaires de qualité de vie
- Savoir évaluer le niveau d'AP habituel
- Savoir évaluer la motivation de la personne
- Savoir mettre en œuvre une pratique Régulière Adaptée Sécurisante et Progressive (RASP)
- Être capable de concevoir une séance d'activité physique en suscitant participation et adhésion de la part du pratiquant
- Savoir opérer des adaptations simples sur les activités physiques, dans un objectif de tolérance et d'autonomie dans la pratique (exemple : proposer un niveau de difficulté inférieur sur un exercice pour amener le pratiquant vers la réussite)
- Être capable d'animer une séance d'activité physique et sportive, de repérer toute altération de la tolérance des séances, d'évaluer les progrès au sein de la pratique, d'entretenir la motivation des pratiquants
- Savoir transformer les APS pour les enseigner en tenant compte de leurs contraintes des limitations du pratiquant (décomposer le mouvement, adapter les règles du jeu...)
- Savoir évaluer les séances pédagogiques au moyen d'outils adaptés aux déficits des patients (adhésion, motivation, progrès) et leur tolérance
- Être capable d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients, et d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne
- Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique et donc avoir des gestes de premiers secours actualisés
- Prendre en compte l'environnement pour établir un plan de secours (repérer les issues, mettre en place un partenariat avec une structure médicale proche, repérer le défibrillateur, savoir l'utiliser et s'assurer de son état de marche...)

## Équivalence Niveau 2 : Module Spécifique Prescri'Mouv

- Savoir prendre en compte les inaptitudes partielles définies par le médecin et liées aux capacités (physique, mentales et cognitives) et aux risques et complications des maladies chroniques
- Être capable d'évaluer le rapport bénéfice/risque de la pratique et d'aider l'utilisateur à le maîtriser
- Connaître les risques et complications les plus fréquentes de chaque pathologie chronique
- Connaître les mesures générales de préventions (consignes en début de saison, consignes avant, pendant et après la séance) et applicables à l'ensemble des personnes porteuses de pathologies chroniques
- Adapter la pratique en fonction de l'environnement, la météo et du niveau de performance et d'autonomie des pratiquants
- Connaître les règles de sécurité pour chaque personne malade
- Détecter les signes d'alerte qui imposent d'arrêter l'activité et assurer la bonne conduite à tenir
- Être capable de prendre en charge une personne atteinte d'un cancer du sein, de la prostate ou du colon et de l'inscrire dans une activité adaptée et durable
- Être capable de prendre en charge une personne atteinte de diabète et de l'inscrire dans une activité adaptée et durable
- Être capable de prendre en charge une personne en situation d'obésité et de l'inscrire dans une activité adaptée et durable
- Être capable de prendre en charge une personne atteinte d'artérite des membres inférieurs et/ou de maladie coronaire stabilisée et de l'inscrire dans une activité adaptée et durable
- Être capable de prendre en charge une personne atteinte de BPCO et de l'inscrire dans une activité adaptée et durable
- Être capable d'adapter la discipline sportive exercée à un public atteint d'une ALD et d'individualiser la pratique
- Être capable de comprendre les conséquences psychologiques de la maladie, de faire preuve d'empathie mais aussi de motiver la personne à pratiquer et de l'entraîner dans une dynamique positive

---

### **Rubrique 2 : Etat civil / Situation du candidat**

NOM, Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Adresse e-mail : .....

Téléphone(s) : .....

---

### **Rubrique 3 : Diplôme(s) et certification(s)**

**Formations reconnues équivalente Tronc Commun et/ou Module « Pathologies Chroniques »**  
(cocher le cas échéant) :

- Formation Bloc 1 – Prévention Primaire, Champagne-Ardenne
- Formation Label Sport Santé Alsace (ETP)
- Formation Bloc 3 – Prévention Tertiaire, Champagne-Ardenne

## AUTRES :

Diplôme(s) professionnalisant(s)<sup>1</sup> : .....

.....

Diplôme(s) complémentaire(s)<sup>2</sup> ou certification(s) : .....

.....

Attestation(s)<sup>3</sup> : .....

.....

---

## **Rubrique 4 : Rappel des formations du mouvement sportif Grand Est**

### Tronc Commun E3S

#### Objectifs :

- ✓ Positionner le mouvement sportif dans le champ de la prévention de la santé par l'activité physique.
- ✓ Développer l'offre d'activité physique et sportive à des fins de santé en prévention primaire.
- ✓ Donner aux éducateurs et/ou dirigeants les bases culturelles et techniques du sport santé.

#### Programme :

- Culture → définitions, organisation, l'éducateur Sport Santé (E3S)
- Méthodologie → l'APS tout public, conseils, le projet associatif
- Technique → condition physique, objectifs personnalisés, la pratique Régulière, Adaptée, Sécurisante et Progressive (RASP)

#### Modalités :

- Éducateurs et dirigeants
- 8h de contenu E-learning et 7h de formation en présentiel

### Module Spécifique « Pathologies Chroniques »<sup>4</sup>

#### Objectifs :

- ✓ Savoir décrire la spécificité
- ✓ Savoir décrire l'impact de celle-ci sur la pratique
- ✓ Savoir décrire les principaux bénéfices de l'APS dans le cadre de la spécificité
- ✓ Savoir adapter son activité et la programmation d'une séance

#### Programme :

- 2 jours : cancers
- 0,5 jour : diabète
- 0,5 jour : pathologies cardiovasculaires
- 0,5 jour : bronchopathie chronique obstructive

---

<sup>1</sup> Donnant accès à une carte professionnelle

<sup>2</sup> Délivrés suite à un examen

<sup>3</sup> Formations justifiées par seule présence

<sup>4</sup> Les autres modules spécifiques ne sont pas encore disponibles

- 0,5 jour : obésité
- 1 jour : travaux pratiques
- 0,5 jour : contexte territorial

Modalités :

- Éducateurs sportifs agréés professionnels formés au tronc commun ou équivalent
- 36 heures de présentiel dont 8 heures de travaux pratiques

---

**Rubrique 5 : Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e), .....,

Déclare sur l'honneur que toutes les informations fournies sont exactes pour la présente candidature à la validation des acquis en vue de l'obtention de :

.....  
.....

Fait à .....

Le .....

Signature du candidat

---

Merci de joindre au présent dossier les documents justificatifs des diplômes, certifications et attestations indiqués en première page et si possible les contenus détaillés des formations relatives.

---



**Rubrique 6 (réservée aux organismes traitant le dossier) : Avis**

Avis favorable opérateur :                    oui                     non

Fait le :   /   /                    à

Remarques : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature et tampon :

Avis favorable CROS Grand Est :                    oui                     non

Fait le :   /   /                    à

Remarques : .....  
.....  
.....

Signature et tampon :

**La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations :**

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende (code pénal, art.441-1) Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende » (code pénal art.441-6)