**FICHE D’INTENTION BASKET SANTÉ**

**VOTRE STRUCTURE**

Nom :

**Contact :**

Prénom et Nom :

Téléphone : Mail :

Vos disponibilités pour un échange téléphonique. Jours et créneaux horaires :

**Personne Ressource :**

Personne formée :

 Licence STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)

 Diplôme Fédéral « Animateur Basket Santé »

 En cours. Précisez le diplôme :  Souhaite se former

**VOS BESOINS**

 Conception du projet  Matériel  Encadrement  Formation

 Autres (précisez) :

Votre idée de projet :

**Forme(s) :**  séance pratique  Théorique (salon, conférence…)

**Public(s) :**

 - de 20 ans  de 20 à 60 ans  + de 60 ans

 Sans pathologie  Avec pathologie(s)\*

\*Précisez :

**Si projet avec une structure extérieure (EHPAD, IME…) :**

Contact déjà établi :  Oui  Non

Lieu d’intervention envisagé :  Sur place  Structure extérieure

 Autre, précisez :

**Horaires :**

 Matin  Temps méridien  Après-midi  Soirée