

Plateforme Sport-Santé en Isère

Forme juridique de la structure : ASSOCIATION LOI 1901

Nom de la structure : AS BASKET BEAUCROISSANT-IZEAUX-RENAGE

Tarif de l'adhésion : 150€

Facilité de paiement :

- Paiement en plusieurs fois
- Coupons SPORT
- Chèques vacances
- Autre : PASS'SPORT, AIDE CE, AIDE SOCIALE

Dirigeant référent de la structure :

- NOM et Prénom : Stéphane BRIGNONE
- Numéro de téléphone : 07.66.39.84.86
- Adresse mail : inscription@asbbir.fr

Site internet : <https://www.asbbir.fr>

Page Facebook : @ASBBIR

Autre : instagram : @ASBBIR_OFFICIEL

Nom de l'activité : Basket Santé pour tous

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre : toutes autres personnes intéressées

Tarif de l'activité : 150€ l'année

Adresse de l'activité : Activité sur 3 lieu différents

Rives - Gymnase SIS du Collège - 208 Av. Jean JAURES 38140 RIVES

Renage - Gymnase Maurice FAVRE-VERAND - 60 rue de La Maigre 38140 RENAGE

Izeaux - Salle Polyvalente - Rue Paul BERT 38140 IZEAUX

Jour(s):

- Lundi deh.... àh....
- Mardi de 17h à 18h à BEAUCROISSANT
- Mercredi de
- Jeudi de 17h00 à 18h00 à RENAGE
- Vendredi de 19h15 à 20h15 à IZEAUX
- Samedi deh.... àh....
- Dimanche deh.... àh....

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires
- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance : 8 à 12

Encadrant référent :

- NOM et Prénom : PERROTIN CRYSTAL
- Numéro de téléphone : 07.82.92.97.81
- Adresse mail : inscription@asbbir.fr / crystal.perrotin2001@gmail.com

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....
.....
.....

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

Licence Sciences, Technologies, Santé Mention Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives : Activité Physique Adaptée et Santé.

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi deh.... àh....
- Mardi deh.... àh....
- Mercredi deh.... àh....
- Jeudi deh.... àh....
- Vendredi deh.... àh....
- Samedi deh.... àh....
- Dimanche deh.... àh....

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires

- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....
.....
.....

Formation de l'encadrant :

- Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
- Formation d'éducateur fédéral
- Formation sport-santé proposée par la fédération
- Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
- Formation handisport ou sport adapté
- Autre :

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi deh.... àh....
- Mardi deh.... àh....
- Mercredi deh.... àh....
- Jeudi deh.... àh....
- Vendredi deh.... àh....
- Samedi deh.... àh....
- Dimanche deh.... àh....

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires

- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....
.....
.....

Formation de l'encadrant :

- Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
- Formation d'éducateur fédéral
- Formation sport-santé proposée par la fédération
- Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
- Formation handisport ou sport adapté
- Autre :

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom de l'activité :

Type de public à qui s'adresse l'activité :

- Tout public sans incapacités
- Public avec des pathologies :
 - Personnes diabétiques
 - Personnes âgées
 - Personnes en surpoids ou obèses
 - Personnes ayant ou ayant eu un cancer
 - Personnes ayant une pathologie cardiovasculaire
 - Personnes ayant une pathologie respiratoire
 - Personnes ayant une pathologie rhumatologique et/ou fibromyalgie
 - Personnes ayant une pathologie neurologique (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaque, etc.)
- Public en situation de handicap
 - Personnes en situation de handicap physique
 - Personnes en situation de handicap mental
 - Personnes en situation de handicap psychique
- Autre :

Tarif de l'activité :

Adresse de l'activité :

Jour(s):

- Lundi deh.... àh....
- Mardi deh.... àh....
- Mercredi deh.... àh....
- Jeudi deh.... àh....
- Vendredi deh.... àh....
- Samedi deh.... àh....
- Dimanche deh.... àh....

Planification :

- Hebdomadaire, vacances scolaires comprises
- Hebdomadaire, sauf vacances scolaires

- Autre fréquence : x /

Effectif moyen par séance :

Encadrant référent :

- NOM et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Personne à contacter pour les séances d'essai (si personne différente de l'encadrant référent) :

.....
.....
.....
.....

Formation de l'encadrant :

- Formation initiale STAPS mention APA (Activités Physiques Adaptées)
- Formation d'éducateur fédéral
- Formation sport-santé proposée par la fédération
- Module « sport-santé » intégré dans la formation fédérale sportive
- Formation handisport ou sport adapté
- Autre :

Formation de l'encadrant :

Merci d'indiquer les intitulés exacts des formations ci-dessous

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Etes vous titulaire d'une carte professionnelle : OUI NON

Joindre les copies des diplômes à ce document.

Courte description de l'activité :

.....
.....
.....
.....
.....

Si vous avez des questions, contactez Prescri'Bouge :

- au 06 03 93 60 69
- par mail : info@presribouge.fr