

## Demande de label 2020-2021 « SPORT&AUTISME »

(La demande de label implique la présence obligatoire du ou de la Président(e) ou de son représentant du club lors de la visite)

Nom de l'association : \_\_\_\_\_  
Discipline : \_\_\_\_\_  
Fédération d'affiliation : \_\_\_\_\_  
Adresse du lieu de pratique : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Nom et Prénom du Président : \_\_\_\_\_  
Téléphone Portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

Nom du contact / référent pour la  
labellisation : \_\_\_\_\_  
Téléphone Portable : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

Dans votre association, vous accueillez des personnes présentant des Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) de manière :

pratique régulière     occasionnelle     projet d'accueil \*

- Nombre de personnes accueillies atteinte de TSA :
- Nombre de jeunes de - de 18 ans :     Nombre de jeunes de + de 18 ans :
- Jour et créneau horaire du club pour les personnes atteintes de TSA : \_\_\_\_\_

**Condition obligatoire** (se référer au cahier des charges) :

**Attester de 2 journées de présence** (consécutives ou distinctes) soit **au sein de l'institution ou service spécialisé autisme** dans lequel l'utilisateur est accueilli soit dans une institution ou service spécialisé autisme, partenaire du réseau 276. Ces journées ayant pour objectifs d'observer sur le terrain, pour mieux prendre en compte, la spécificité de la personne atteinte de TSA et plus globalement de l'ensemble des particularités liées à l'autisme.

(Joindre un justificatif).

**Utiliser le questionnaire de renseignements auprès de la famille**

**Effectuer la formation Sport&Autisme** (les 3 ½ journées organisées en partenariat avec le CRA)

\* Un club ne pourra être proposé à la labellisation **que s'il organise déjà en pratique régulière ou occasionnelle**. Le club qui a un projet d'accueil, pourra être accompagné pour la mise en place d'une action en direction du public en situation de handicap.



# POUR UNE PRATIQUE SPORTIVE PARTAGÉE

Si la pratique sportive est proposée à un public en **établissement spécialisé** :

Etablissement (s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postale : \_\_\_\_\_

Nom de la personne référente : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Mail** : \_\_\_\_\_

Convention signée :  OUI  NON

Convention en cours :  OUI  NON

Accueil d'ULIS :

Convention signée :  OUI  NON

A adresser par mail ou par courrier à la  
Commission Départementale 76 «Sport&Handicap»



CDOS de la Seine-Maritime  
21, rue de Crosne  
76 000 ROUEN  
Tel : 02 35 73 28 88

Mail : [Sport-Handicap.seinemaritime@franceolympique.com](mailto:Sport-Handicap.seinemaritime@franceolympique.com)