



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LABELISATION

« PSH – Partage Sport Handicap »

PREMABULE : A lire avant de remplir le formulaire de demande

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par le Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS) de votre département : [Annuaire Mouvement Olympique et Sportif - Comité Régional Olympique et Sportif Nouvelle Aquitaine](#) pour :

- Promouvoir la pratique sportive des personnes en situation de handicap,
- Informer sur la qualité de l'encadrement,
- Communiquer sur l'ensemble des clubs labellisés,
- S'assurer d'un accueil adapté et bienveillant des personnes en situation de handicap.

Les données collectées seront communiquées aux membres de la commission technique départementale et régionale.

Les données sont conservées pendant le temps où le club est labellisé et un an à compter de la date de signature de ce formulaire si le club n'obtient pas la labellisation. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données et retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

Vous trouverez le cahier des charges du label ci-dessous :

[Processus de lab lisation.pdf](#) [Processus de lab lisation.pdf](#)

Dossier à renvoyer au CDOS de votre département.

Je donne mon consentement au traitement des données à caractère personnel ci-dessus comportant un astérisque rouge dans les conditions évoquées en préambule :

☐ OUI

☐ NON

IDENTITE DU CLUB

- Nom du club :
- Adresse du siège social :
- Téléphone du Club :
- E-mail du Club :
- Adresse du lieu de pratique (si différent du siège) :

COORDONNEES DES REPRESENTANTS DU CLUB

- Nom et Prénom du/de la Président.e :
- Téléphone du/de la Président.e* :
- E-mail du/de la Président.e* :

CORDONNES DU REFERENT HANDICAP

- Nom du/de la « référent.e handicap » :
- Téléphone du/de la « référent.e handicap » :
- Mail du/de la « référent.e handicap » * :

CONDITIONS ADMINISTRATIVES

- Association Loi 1901 : ☐ OUI ☐ NON
- Date d'enregistrement à la Préfecture :
- Fédération(s) d'affiliation(s) :

TYPES DE HANDICAP

Quel.s type.s de handicap envisagez-vous d'accueillir ?



Des personnes en situation de handicap mental, psychique et/ou troubles du comportement



Des personnes en situation de handicap moteur



Des personnes sourdes ou malentendantes



Des personnes non voyantes ou mal voyantes

REMARQUES

Date :

Signature du/de la Président.e :