  

***Certification des Programmes Passerelles***

***« Prescri’Forme – l’activité physique sur ordonnance en Île-de-France »***

|  |
| --- |
| ***Dossier de demande de certification*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de réception du dossier** | **: / / 2021** |
| **Service accusant réception** | **: ....................................................................................** |

**Rappel**

La structure certifiée Prescri’Forme pour son (ses) programmes(s) passerelle(s) s'engage à informer conjointement le Directeur général de l’ARS Île-de-France et la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l’engagement et aux sports d’Île-de-France de tout changement significatif relevant du dossier de certification.

La durée de certification est d’un an, renouvelable deux fois.

**⇨La certification**

* + 1. **Procédure**

Envoi du dossier de candidature selon les modalités décrites dans le cahier des charges (délégation départementale et siège)

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter votre délégation départementale ARS.

* + 1. **Délivrance de la certification**

**Demande de certification « Prescri’Forme » d’un programme passerelle**

**Région** Île-de-France

**Département :** ….........................................

**Ce formulaire est**

**- à compléter en référence au cahier des charges régionale**

**- à signer par le responsable de la structure**

**- et y joindre les pièces demandées (attestation de RCP, CV et diplômes, procédure d’évacuation)**

**Chacun des items sera renseigné et le dossier de demande de certification fera l'objet d'un seul envoi.**

# 1/ Description du programme passerelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du programme passerelle  Personne référente |  | |
| Statut | Structure hospitalière ☐  Structure associative ☐  Centre municipal de santé ☐  Autre ☐ | |
| Adresse du lieu de  pratique | Postale :  Tél. :  E-mail :  Site Web : | |
| Nom et statut du ou des structures associées  (hôpital, club omnisport, centre municipal de santé, centre médico-sportif…) |  |  |
| Nom de l’assureur en Responsabilité civile du programme passerelle et coordonnées |  | |

## L’équipe du programme

Composition de l’équipe (doit obligatoirement un professionnel qualifié pour dispenser l’activité physique adaptée)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personnels** | **Nombre** | **ETP** |
| Educateur sportif |  |  |
| Enseignant APA |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Infirmier |  |  |
| Autres : Précisez |  |  |

Identification du ou des professionnels de l’évaluation et de la mise à l’activité physique (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, éducateur sportif diplômé d’Etat (ou détenteurs d’un titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification professionnelle, enseignant APA - Cf. réglementation en vigueur)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Mail |  |
| Diplômes, titres, description des expériences acquises dans le domaine du sport au  bénéfice de la santé | |
|  | |
| Curriculum Vitae : joindre le document ☐ et les diplômes en annexe ☐ | |

## Horaires d’ouverture du programme :

## Accessibilité aux personnes à mobilité réduite :

Oui ☐ Non ☐

## Durée du programme :

## Taille des groupes :

Nombre de personnes dans chacun des groupes ou activités envisagées :

## Expérience de l'organisme

Quelles sont vos expériences en matière de dispensation de l’activité physique adaptée en faveur de personnes souffrant de pathologies chroniques ou d’affections de longue durée (½ page minimum) ?

…......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

## Equipement disponible et sécurité sur le site :

Défibrillateur : Oui ☐ Non ☐

Connaissance du dispositif d’évacuation : Oui ☐ Non ☐

## 

## Zone d’attractivité du programme

IDH2 de la zone d’implantation :

QPV : Oui ☐ Non ☐

Inscription du centre dans un Contrat local de santé : Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ? :

**Activité** (tests de condition physique + séances de pratique)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2019 | 2020 |
| Nombre d’entretiens |  |  |
| Nombre de patients suivis |  |  |
| Nombre de nouveaux malades suivis |  |  |
| Nombre de patients en Affection de Longue Durée |  |  |

**Pathologies principales les plus régulièrement prises en charge**

|  |  |
| --- | --- |
| Pathologies : |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Condition d’accès à la prise en charge** :

Participation financière des patients : Oui ☐ Non ☐

Si oui, tarifs :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Résidant dans la commune | Résidant hors commune | Autre | Prise en charge par une  mutuelle | |
| Oui | Non |
| Evaluation capacités  physiques |  |  |  |  |  |
| Séances  d’activité physique adaptée |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# 

# 2/ Missions du programme passerelle Prescri’Forme

**Charte d’engagement des Programmes passerelles**

**Prescri’Forme**

Je soussigné(e) Mme/M………………………………………………président(e)/directeur(trice)

de la structure (maire de la ville de…)………………………………………………………………

Je reconnais avoir bien pris connaissance des recommandations et engagements nécessaires à la certification de ma structure dans le dispositif Prescri’Forme.

Je certifie que ma structure……………………………………. ……a les moyens de répondre/

répond au cahier des charges établi.

Je m’engage à :

* participer à 1 réunion/an pour actualisation des connaissances, partage des pratiques, simulation (procédures, protocoles…).
* développer les partenariats avec les différents acteurs pour fluidifier les parcours des patients.
* évaluer le programme : suivi des patients sur prescriforme.fr

Je m’engage à informer ma délégation départementale de l’Agence Régionale de Santé Ile-de-France …………… (département) de tout changement affectant l’organisation de la structure et ayant un impact sur la dispensation des activités physiques adaptées aux personnes orientées sur prescription médicale.

Fait à Le

Cachet de l’entité candidate Signature du représentant