

##### FORMULAIRE CRÉATION EMPLOI ESQ PARASPORT 2024

**Retour des dossiers pour le 03 mai 2024 au plus tard à 12h**

## ***Documents supports*** *: Note de service relative aux PST pour l’année 2024 (n° 2024-DFT-02 du 07/03/2024)*

### ASSOCIATION EMPLOYEUSE

Nom de l’association : ……………………………………………………………………………………………………

Fédération d’affiliation : ……………………………………………………………………………………………………

Adresse du siège : ……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………

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

**Personne à contacter pour le suivi du dossier :**

Nom et prénom : ………………………………………………………………………………..

Qualité dans l’association : ……………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………………………………………..

E-mail : ……………………………………………………………………………………………………

**Informations licencié(e)s :**

Nb de licencié(e)s année N : ……………………………

Nb de féminines (jeunes + adultes) année N : …………

Nb de licencié(e)s jeunes (-16 ans) : ……………

Nb de licencié(e)s en situation de handicap (si référencés) : …………

Nombre de licenciés lors de l’année N-3 ………

-> dont ayant un handicap (si référencés)

Nombre de licenciés lors de l’année N-2 ………

-> dont ayant un handicap (si référencés)

Nombre de licenciés lors de l’année N-1 ………

-> dont ayant un handicap (si référencés)

**Situation de l’emploi au sein de l’association :**

La structure est-elle déjà employeuse :  oui  non

Si oui, précisez le nombre en ETP : ………………………………………………………………………………………………………………………

L’association bénéficie-t-elle actuellement d’emplois aidés ?  oui  non
Si oui, précisez le nombre en ETP et le dispositif d’emplois aidés : ………………………………………………………………………………………………………………………

**S’agissant de l’emploi ESQ que vous sollicitez :**

* S’agit-il d’une création d’emploi ?  oui  non

Si non, comment les missions précédentes du salarié seront-elles gérées ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* S’agit-il d’un emploi à mi-temps ou à temps complet ?  mi-temps  temps complet

|  |  |
| --- | --- |
| **PROJET PARASPORTIF** |  |
| L’association a-t-elle un projet associatif formalisé : |  oui |  non |
| Si oui, le projet associatif intègre-t-il un volet « handicap » : |  oui |  non |
| Possédez-vous un plan d’actions spécifique/dédié au parasport : |  oui |  non |

Connaissez-vous les dispositifs de vos collectivités (Région, Départements, autres…) en matière de parasport :  oui  non

Souscrivez-vous à certains d’entre eux ?  oui  non

Si oui, précisez lesquels : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Connaissez-vous le Handiguide des Sports :  oui  non

**Présentation du projet sport et handicap de votre structure :**

En quelques lignes, veuillez préciser les éléments qui vous conduisent à solliciter l’attribution d’une aide

« ESQ parasport ». Ces éléments nous permettront d’évaluer votre demande et d’y donner, éventuellement, une suite favorable.

*Quelle est la situation actuelle (éléments concrets…) sur le développement de projets « parasport » et quelle est l’évolution attendue avec le recrutement d’un(e) agent(e) de développement dédié au parasport ?*

*Il s’agit, à la fois de présenter des éléments chiffrés mais également un descriptif des actions spécifiques engagées ou qui seront engagées. Préciser ici les dynamiques et actions envisagées avec l’arrivée de cet emploi.*

*Il est important de noter que, dans le cas où votre candidature au dispositif des nouveaux ESQ serait retenue par les services de l’Etat, un accompagnement de ces emplois en matière de structuration et de développement vous sera proposé par les instances territoriales, notamment le Comité Paralympique et Sportif Français (CPSF).*

# Encadrement et accueil des pratiquants en situation de handicap dans les clubs

Avez-vous des bénévoles ayant reçu une formation/sensibilisation spécifique pour l’encadrement et/ou l’accueil des personnes en situation de handicap ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, combien ? ……………………………………………………………………

Et veuillez préciser le type de formation suivie : ……………………………………………………………………

Avez-vous des éducateurs sportifs diplômés ayant reçu une formation spécifique pour l’encadrement des personnes en situation de handicap ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, combien ? ……………………………………………………………………

Et veuillez préciser leur diplôme permettant l’encadrement sportif et la formation spécifique suivie : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Un plan de formation (salariés et/ou bénévoles) est-il prévu ?  oui  non

Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………

# Dynamique territoriale

Connaissez-vous le nombre de clubs para-accueillants sur votre territoire ?  oui  non

Si oui, combien sont-ils ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Connaissez-vous une ou plusieurs bonnes pratiques dans votre discipline sur le territoire concernant l’accès à la pratique sportive pour les personnes en situation de handicap :  oui  non

Si oui, pouvez-vous en présenter brièvement une ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# Partenariats

Avez-vous un/des partenariat(s) avec un établissement médico-social ou de santé et/ou une association gestionnaire de ce type d’établissements ?  oui  non

Concernant le développement de la pratique pour les personnes en situation de handicap, êtes-vous en contact avec une ou plusieurs structure(s) pour vous accompagner dans la construction et la pérennisation de votre projet ?  oui  non

Ces partenariats sont-ils formalisés (conventions, etc.) ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**POSTE ESQ**

# Missions envisagées

***Présentation des missions que vous entendez confier au/à la salarié(e)***

*Intitulé de mission, actions prévues…*

**Pérennisation du poste**

***Présentation produits affectés au poste (reste à charge) et pistes de pérennisation du poste souhaité :*** *La pérennisation du poste est un enjeu fort du projet. Précisez ici les éléments qui décrivent les produits affectés au poste pour combler le reste à charge (part cotisations, prestations et services, sponsoring éventuel, etc.) et les pistes de pérennisation du poste à l’issue des aides (n+3 ans)*

### Attestation sur l’honneur

Je soussigné(e), (Nom et prénom) …………………………………………………………………………………………………...

Président(e) de l'association, certifie :

 que l'association est régulièrement déclarée ;

 que l'association est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant ;

 exactes et sincères les informations de la présente demande ;

 que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire ou postal de l'association. **(Joindre un RIB original)**

A : Le :

Cachet de l’association Signature

**LISTE DES PIECES A JOINDRE**

* Le projet associatif
* Le compte de résultat et bilan validés lors de la dernière AG et un état de la trésorerie (récapitulatif des comptes de moins de 3 mois).
* - Un écrit (courrier/mail) d’accompagnement du projet émanant de la collectivité territoriale de proximité

**AVIS CONSULTATIF**

Avis du mouvement sportif (CROS et/ou CPSF) :

Date :