



Club déposant un dossier d'action réalisée concernant la thématique et le public suivants :

## TENNIS SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE

(privilégier les pathologies [cancers, affections cardiovasculaires, maladies métaboliques] et/ou un public atteint de vieillissement)

**Jeunes et/ou adultes**

### INFORMATIONS GÉNÉRALES DU CLUB

Nom du club organisateur : \_\_\_\_\_

Numéro d'affiliation du club :

Ligue de : \_\_\_\_\_

Nom et prénom président(e) du club : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone président(e) : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la personne référente des actions sociales et solidaires dans le club :

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Votre club est-il labellisé ? Oui  Non

Si oui, par qui ?

Candidatures dans le cadre des Trophées des Actions Solidaires de la FFT (ex-Appel à projets)

Avez-vous déjà candidaté ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous bénéficié d'une aide fédérale ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## FICHE ACTION SOCIALE ET SOLIDAIRE 2018

**Vous ne pouvez présenter qu'une seule action réalisée**

Domaine de l'action choisie : **TENNIS SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE**

**ATTENTION ! Une action réalisée doit impérativement permettre de renseigner précisément les éléments demandés (l'absence de renseignements peut entraîner le refus de la prise en compte de votre dossier).**

INTITULÉ DE L'ACTION : \_\_\_\_\_

COORDONNATEUR DE L'ACTION :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction dans le club : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

CETTE ACTION EST CIBLÉE SUR UN PUBLIC

atteint de pathologies :

<b>Cancer</b> (sein, colon, prostate, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Affections cardiovasculaires</b> (HTA, maladies ischémiques, insuffisance cardiaque, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Maladies métaboliques</b> (obésité, diabète, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Autre</b> (veuillez préciser) :	

et/ou atteint de :

<b>Vieillessement</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
-----------------------	---

## BÉNÉFICIAIRES DE L'ACTION

Nombre de personnes ayant participé à l'action :

Catégorie d'âge :	Garçons/Hommes	Filles/Femmes	Total
Jeunes (moins de 18 ans)			
Adultes (18 ans et plus)			
<b>Total</b>			

Au niveau de l'intégration dans le club :

– les bénéficiaires sont-ils licenciés FFT ?

- Tous
  Partiellement, indiquez le nombre 
 Pas du tout

– les bénéficiaires de l'action sont-ils :

– juste accueillis dans le club (mise à disposition de matériel et/ou de terrains) ? \_\_\_\_\_ Oui  Non

– en groupe entre eux dans le club (encadrés par le club ou un éducateur spécialisé) ? \_\_\_\_\_ Oui  Non

– intégrés :

- dans les séances avec d'autres licenciés du club ? \_\_\_\_\_ Oui  Non
- aux équipes de compétition ? \_\_\_\_\_ Oui  Non
- aux équipes d'arbitrage ? \_\_\_\_\_ Oui  Non
- aux équipes d'encadrement ? \_\_\_\_\_ Oui  Non
- aux fêtes et autres animations du club ? \_\_\_\_\_ Oui  Non
- au bureau du club ? \_\_\_\_\_ Oui  Non

– Les bénéficiaires de l'action payent-ils :

- leur licence ? \_\_\_\_\_ **Totalement:** Oui  Non  **Partiellement:** Oui  Non
- une cotisation/adhésion ? \_\_\_\_\_ **Totalement:** Oui  Non  **Partiellement:** Oui  Non

## DESCRIPTIF DÉTAILLÉ DE L'ACTION

**Objectifs de l'action :**

**Déroulement :**

**Indicateurs de réussite :**

# LES TROPHÉES DES ACTIONS SOLIDAIRES DE LA FFT 2018

## ACTION DANS LE TEMPS

Année de lancement de l'action			
Pour l'année sportive 2018, merci de préciser	Date de début		Date de fin
	Nombre de semaines		Nombre de séances/semaine
	Durée de la séance (en heures)		Nombre de groupes/semaine

Cette action se déroule-t-elle à 100% dans le club ? Oui  Non

Si partiellement dans le club

Pourcentage dans le club :	%
Pourcentage hors club :	%
Hors club, veuillez préciser le(s) lieu(x) :	

Par ailleurs, si vous menez des actions dans d'autres domaines, veuillez remplir le tableau suivant.

Tennis quartiers	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Paratennis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tennis sport adapté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## RESSOURCES HUMAINES DE L'ACTION

### Pilotage/coordination

Nom et prénom	Structure (club, mairie, collectivité territoriale, antenne sociale, IME, école, centre/établissement de soins, hôpital, autre)	Fonction dans le cadre du développement de cette action

### Encadrement

Nom et prénom	Diplôme ou qualification tennis (AMT, DE, BE, DES)	Autre qualification (staps, etaps, BPJEPS, agent territorial, etc.)	Fonction sur l'action (bénévole, salarié)

# LES TROPHÉES DES ACTIONS SOLIDAIRES DE LA FFT 2018

## PARTENARIAT DE L'ACTION :

Avez-vous des partenaires ?    Oui     Non

Si oui, lesquels ?

### Partenaires fédéraux

<b>Nom du partenaire</b> (ligue, comité départemental)	<b>Nature de l'aide apportée</b> (matérielle, financière, humaine)

### Partenaires institutionnels

<b>Nom du partenaire</b> (commune, Conseil général, Conseil régional, DDJSCS, caisse d'assurance maladie, MDPH, etc.)	<b>Nature de l'aide apportée</b> (matérielle, financière, humaine)

### Partenaires privés, associatifs et/ou spécifiques

<b>Nom du partenaire</b> (société, établissement spécialisé, établissement de rééducation, hôpital, centre/établissement de soins, mutuelle, autre)	<b>Nature de l'aide apportée</b> (matérielle, financière, humaine)

# LES TROPHÉES DES ACTIONS SOLIDAIRES DE LA FFT 2018

## RÉSULTAT FINANCIER DE L'ACTION

Budget total du club (dernier exercice clos)	€
Budget de l'action réalisée	€
dont fonds propres du club	€
Subvention FFT demandée (dans le cadre de ces Trophées)	€

### ATTENTION !

La FFT ne peut aider, au maximum, qu'à hauteur :

- de 50 % du budget de l'action
- des fonds propres du club engagés pour cette action

Avez-vous reçu une aide CNDS pour cette action ? Oui  Non

Si oui, quel était son montant ? €

Avez-vous reçu une aide du milieu médical pour cette action ? Oui  Non

Si oui, de qui ? \_\_\_\_\_ et pour quel montant ? €

Quels ont été les plus gros postes de dépenses (veuillez remplir le tableau)

Poste de dépense	Montant
	€
	€
	€

## REMARQUES PARTICULIÈRES

**PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER** en format numérisé

Les bénéficiaires de l'action devant être licenciés FFT, merci de joindre la liste avec les numéros de licence FFT.

Facultatif mais conseillé :

- Plaquette d'information
- Convention(s)
- Articles de presse
- Affiches
- Dossier photos
- Adresse site Internet
- Conventions
- Autres

### ATTENTION !

Le dossier doit être transmis  
à votre ligue  
au plus tard  
**le 31 août 2018**