

Nom de la structure proposant APA/AP :

Coordonnées

Type de la structure :

Etablissement de santé

HAD

Association sportive

ERC

Autres :

Précisez:

La structure propose :

de l'Activité Physique (AP)

de l'Activité Physique Adaptée (APA)

Activité sportive proposée

Quelle activité proposez-vous ?

Remplir une fiche par activité

Fréquence par semaine (nb de séances):

Durée des séances :

Proposez-vous une programme éducatif (APA)

Oui

Non

Nombre de nouveaux patients dans l'année :

File active de l'année (nombre de patients ayant bénéficiés d'au moins une séance ou d'un programme pour l'APA)

Nombre global de séance dans l'année :

Durée moyenne de prise en charge (mois):

Educateur Sportif

Nom de l'éducateur APA/AP :

Diplôme ou formation de l'éducateur sportif APA/AP:

Nombre d'années d'expérience en APA/AP Cancer :