

DEMANDE DE LABEL VOLLEY SANTE & PARA-VOLLEY

Date de la demande :

Nom/Prénom personne déclarante :

Statut personne déclarante :

Club :

Comité Départemental :

Ligue :

Nom/Prénom personne en charge du projet :

Statut personne en charge du projet :

Téléphone/Email personne en charge du projet :

Type Label (à cocher) :

- Soft Volley
- Fit Volley
- Volley Care (publics spécifiques)
- Volley Sourd
- Volley Assis
- Autre (à préciser) :

Niveau de label sur la saison de septembre 2016 à novembre 2017 :

- 1er niveau : mise en place d'UNE ACTION EFFECTIVE
- 2e niveau : mise en place d'une ACTION PERENNISEE (minimum 2 fois par mois) 2016/17.

Description opération(s) réalisée(s) (période de septembre 2016 à novembre 2017) :