



ANEXO 2 – PROJETO DESPORTO

Apoio ao Associativismo do Concelho de Vendas Novas

TIPO DE APOIO

Apoio Financeiro ⁽¹⁾

- ☐ Prática regular de desportos federados e/ou de formação e a clubes com atividade pontual e/ou instalações e equipamentos próprios.

Cedência de Transportes Municipais ⁽¹⁾

- ☐ Até 750 km
- ☐ Entre 751 e 2000 km (esta modalidade poderá acarretar uma penalização no apoio financeiro)

Cedência de Instalações Municipais ⁽¹⁾

- ☐ Até 3 utilizações/ano
- ☐ Mais do que 3 utilizações/ano (esta modalidade poderá acarretar uma penalização no apoio financeiro)

(1) Assinalar a opção pretendida.

BREVE DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA ^(Objetivos, necessidades a responder, entre outros)

PLANO DE DESENVOLVIMENTO DESPORTIVO ⁽¹⁾

- A entidade tem plano de desenvolvimento desportivo? ☐ Sim ☐ Não
- Remete em anexo a este formulário o seu plano de desenvolvimento desportivo em vigor? ☐ Sim ☐ Não

(1) Assinalar a opção pretendida.

QUADRO DE PESSOAL AUXILIAR E DIRIGENTE ^(TEMPO DE TRABALHO SEMANAL)

Nome	Função	Remunerado (nº horas/semanal)	Voluntário (nº horas/semanal)

Requer no mínimo a versão "Adobe XI" para poder guardar os dados preenchidos.

Classificação: 850.10.002.01

REA004E02 1/3

DIRETOR RESPONSÁVEL POR MODALIDADE

Modalidade	Nome	Contacto	E-mail

PRATICANTES NA ATUAL ÉPOCA DESPORTIVA

Modalidade	NºEquipas	Escalaão	Natureza Competição	Não Federados Nº de Praticante			Federados Nº de Praticantes		
				Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Total				Total					

ENQUADRAMENTO TÉCNICO

Modalidade	Escalaão	Nome do Técnico (treinador/monitor/preparador físico/médico/ fisioterapeuta/enfermeiro/socorrista/outro)	Habilitações Técnicas

PREVISÃO DE DESLOCAÇÕES

Modalidade	Escalão	Competição	Nº Pessoas a transportar por deslocação	Nº Deslocações	Nº km Previstos

UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DESPORTIVOS *

Dia da Semana	Equipa/ Escalão	Modalidade	Indicar o Equipamento/Espaço Desportivo a utilizar	Hora Início Treino	Hora Fim Treino	Treinador	Diretor

* indicar o espaço: quer seja próprio, cedido, alugado, municipal ou outro.

INTEGRA UTENTES COM DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE ⁽¹⁾

☐ Sim ☐ Não

Descrição e quantificação:

(1) Detentor de grau de incapacidade igual ou superior a 60%, devidamente certificado.