

Questionnaire

A remplir par le club postulant à l’identification Club Formateur GAM

L’objet de ce questionnaire est de rassembler des compléments d’informations pour la reconnaissance du club dans le dispositif.

Nom du Club : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Président : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Encadrement technique**

Doit correspondre aux attentes d’avoir la capacité d’assurer la 1ère étape : la détection et la formation de base de gymnastes au sein du club.

* Référent technique (entraineur) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diplôme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Autres entraineurs intervenants sur la détection ou formation de gymnastes :

Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diplôme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diplôme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Pour tout l’encadrement professionnel copie de la carte professionnelle***

Investissement de l’encadrement dans les actions d’accompagnement régionales D.R.A que la Direction Technique Nationale impulse :

* Participation de l’encadrement aux actions régionales du D.R.A OUI / NON
* Participation aux actions de formation (FPC) OUI / NON
* Participation aux actions d’évaluation (Tests spécifiques, autres…) OUI / NON
* Juges

Référent sur tests compétitifs :

Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diplôme\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Organisation technique**

* *Fléchage de la détection dans l’organisation du club :*

Nombre de licenciés compétitif GAM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tranche 6/7 ans GAM = \_\_\_\_\_\_ Tranche 8/9/11 ans GAM = \_\_\_\_\_Tranche 12/14 ans GAM = \_\_\_\_\_\_\_

Expliquez succinctement comment le club est organisé pour assurer la détection (constitution des groupes de formation, possibilité de recrutement…)

* *Participation aux programmes compétitifs de la filière élite*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Année N-2  Nom-Prénom | Année N-1  Nom-Prénom |
| RNE Avenir |  |  |
| RNE Espoir |  |  |

* *Participation aux programmes compétitifs de la filière performance*

Imposés 1,2,3, pour les gymnastes 7 – 9/10 ans Equipes / Individuel OUI / NON

Remarques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imposés 4,5 et 6 pour les gymnastes 10 / 14 ans. Championnat de France National

OUI / NON / OUI / NON

Remarques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* *Gymnastes identifiés au sein du Dispositif Régional d’Accession (D.R.A)*

Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom-Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Précisez le pôle ou structure DRA de proximité sur lequel des actions techniques sont envisagées

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Organisation environnementale**

* *Installation sportive*

Adresse du gymnase : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Description succincte des installations gymniques correspondant à des équipements pédagogiques en rapport aux exigences des programmes d’entrainement pour la formation.

* *Volume horaire d’entrainement proposé*

En référence au guide des clubs formateurs précisé les volumes d’entrainements :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etape** | **1ère étape Formation de base** | | **2ème étape Formation préparatoire** | |
| **Age** | 6/7 ans | 8/9/10 ans | 10/11 ans | 12/14 ans |
| **Nombre de Séquence/sem** | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Volume horaire/sem** | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* *Aménagement scolaire*

Disposez-vous d’un partenariat avec des établissements scolaires pour aménager la scolarité et assurer le suivi scolaire

Section sportive OUI / NON

Section d’excellence sportive OUI / NON

Autre (précisé) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Copie de la convention avec le(s) établissement(s)***

Ecole primaire OUI / NON Suivi scolaire OUI / NON

Nom de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Public / Privé

Préciser les aménagements obtenus :

Collège OUI / NON Suivi scolaire OUI / NON

Nom de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du responsable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Public / Privé

Préciser les aménagements obtenus :

* *Suivi médical mis en place*

Présentation de l’organisation du suivi médical

Nom du médecin référent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Présence sur site : OUI / NON

Nom du kinésithérapeute : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Présence sur site : OUI / NON

Autres intervenants :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Présence sur site : OUI / NON

Présentez l’organisation du suivi médical, fréquence, lieu d’intervention et autres points…

**Autres renseignements que vous souhaitez partager**

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :