

Questionnaire

À remplir par les clubs postulant à l’identification Club Formateur GAF

L’objet de ce questionnaire est de rassembler les informations pour l’identification du club dans la stratégie de haut niveau de la FFGym.

Il demande de répondre aux différents critères définis pour permettre l’accompagnement réalisé par la Direction Technique Nationale et un accès privilégié au réseau piloté par le directeur du haut niveau et le responsable PAS national.

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

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

**Correspondant :**

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

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

Coordonnée téléphonique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Encadrement technique**

Doit correspondre aux attentes pour être en capacité d’assurer la 1ère étape : la détection et la formation de base de gymnastes au sein du club défini dans le guide.

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

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

Coordonnée téléphonique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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.***

Participation aux actions d’accompagnement régionales D.R.A :

* 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

Participation aux actions PAS organisées par la Direction Technique Nationale :

* Participation de l’encadrement aux stages PAS 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 licenciées compétitif GAF : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tranche 6/7 ans GAF = \_\_\_\_\_\_ Tranche 8/9 ans GAF = \_\_\_\_\_\_ Tranche 10/11 ans GAF = \_\_\_\_\_\_\_

Expliquez succinctement comment le club est organisé pour assurer la détection (Constitution de groupe de formation, possibilité de recrutement …)

* *Participation aux programmes compétitifs de la filière Elite*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Année N-2 | Année N-1 |
| CF Elite Avenir |  |  |
| CF Elite Espoir |  |  |

Participation aux finales régionales performance 7/9 ans :

Nb gymnastes :

* 7 ans :
* 8 ans :
* 9 ans :
* *Gymnastes identifiés au sein du Dispositif Régional d’Accession (D.R.A)*

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

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

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

**Organisation environnementale**

* *Installation sportive*

Adresse du/des gymnase(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 GAF précisé les volumes d’entrainements :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etape** | **1ère étape Formation de base** | | **2ème étape Formation préparatoire** | |
| **Age** | 8 ans | 9 ans | 10 ans | 11 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 (copie de la convention avec le ou les établissement(s)).

Section sportive scolaire : Oui/Non

SES : Oui/Non

Autres : Oui/Non Préciser :

Ecole primaire OUI / NON Nom de l’établissement :

Public / Privé

Préciser l’aménagement :

Collège OUI / NON Nom de l’établissement :

Public / Privé

Préciser l’aménagement :

* *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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Autres renseignements que vous souhaitez partager**

Ce questionnaire a été complété par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :