

Questionnaire

A remplir par les clubs postulant à l’identification Club Formateur GAc

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.

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

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

**Correspondant :**

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

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

Comité régional : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Responsable PAS régional : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Coordonnateur de l’Equipe Technique Régionale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Encadrement technique**

Doit correspondre aux attentes pour être en capacité tout ou partie des différentes étapes du parcours de performance au sein du club : de la détection et la formation de base des gymnastes vers la formation à l’élite comme défini dans le guide.

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

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

* Autres entraineurs intervenants dans les différentes étapes du parcours de performance :

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

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

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

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

Investissement de l’encadrement dans les actions d’accompagnement

* + - * Participation de l’encadrement aux camps d’entrainement avenir / espoir OUI / NON
			* Participation de l’encadrement aux stages nationaux OUI / NON
* Participation aux actions de formation (FPC) OUI / NON
* Participation aux actions régionales lorsque mises en place OUI / NON
* Juge Référent :

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

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

**Organisation technique**

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

Nombre de licenciées GAc : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tranche 8/15 ans GAc = \_\_\_\_\_\_ Tranche espoir GAc = \_\_\_\_\_\_ Tranche junior / senior GAc = \_\_\_\_\_\_\_

Expliquez succinctement comment le club est organisé pour assurer la construction du parcours de performance

* *Participation aux programmes compétitifs de la filière Elite*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Année N-2 | Année N-1 |
| CF Elite Espoir | OUI / NON | OUI / NON |
| CF Elite Junior | OUI / NON | OUI / NON |
| CF Elite Senior | OUI / NON | OUI / NON |

* *Gymnastes identifiés au sein des collectifs France (sélection aux compétitions internationales officielles) sur les années N-2 à N*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 11-16 ans | 12-18 ans | Junior | Senior |
| Duo Féminin |  |  |  |  |
| Duo Mixte |  |  |  |  |
| Duo Masculin |  |  |  |  |
| Trio |  |  |  |  |
| Quatuor |  |  |  |  |

**Organisation environnementale**

* *Installation sportive*

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

Praticable Dynamique OUI / NON Nombre de longes : ………………………….

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

* *Volume horaire d’entrainement proposé*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Étape** | **Formation de base** | **Formation préparatoire** | **Formation avancée** | **Formation à l’élite** |
| **Âge des partenaires** | 8/15 ans | 11/16 ans | 12/18 ans | 13-19 ans | 15 ans et + |
| **Nb de séances**  | \_\_\_\_\_\_ /semaine | \_\_\_\_\_\_\_\_ / semaine | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/semaine | \_\_\_\_\_\_ / semaine |
| **Volume****Horaire** | \_\_\_\_\_ / séance\_\_\_ / semaine | \_\_\_\_ /séance\_\_ / semaine | \_\_\_\_\_ / séance\_\_\_ / semaine | \_\_\_ / séance\_\_\_ /semaine | \_\_\_\_/ séance\_\_/ semaine |

* *Aménagement scolaire*

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

Ecole primaire OUI / NON Suivi scolaire OUI / NON

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

Public / Privé

 Collège OUI / NON Suivi scolaire OUI / NON

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

Public / Privé

Lycée OUI / NON Suivi scolaire OUI / NON

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

Public / Privé

Remarques :

* *Suivi médical mis en place*

Présentation de l’organisation du suivi médical

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

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

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

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

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 nécessaires d’informer**

Nom de la personne qui a rempli le questionnaire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Signature :