

**QUESTIONNAIRE GAM**

***À remplir par les clubs postulant à l’identification Centre d’entraînement Top 12 2024***

***GAF***

Document à renvoyer au responsable PAS GAM ([guy.espinas@ffgym.fr](mailto:guy.espinas@ffgym.fr)) et au Pôle des Activités Gymnique ([nadia.vaudatin@ffgym.fr](mailto:nadia.vaudatin@ffgym.fr)). L’objet de ce questionnaire est de rassembler les informations nécessaires à la reconnaissance fédérale « Centre d’Entrainement TOP 12 ».

**Nom complet du Club** :

Adresse du siège social :

**Correspondant :**

***Président :***

Mail :

Coordonnée téléphonique :

***Responsable technique :***

Mail :

Coordonnée téléphonique :

**Nombre de licenciés compétitif dans la discipline demandée :**

GAM compétitif :

**Caractéristiques ou spécificités de l’association** (multi sports, inter communale, organisation d’hébergements, accueil de gymnastes licenciés dans d’autres clubs…) :

**Date de la dernière reconnaissance Club Formateur :**

**Encadrement technique** *(Pour l’encadrement féminin professionnel, merci de préciser* ***le nom de jeune fille****.)*

* **Entraineur Responsable technique du CE Top 12** :

Nom-Prénom :

Diplôme (\*) et date d’obtention :

Statut (Bénévole, salarié) :

Mail :

Coordonnée téléphonique :

(\*) *Préciser si obtention des diplômes suivants entraîneur Fédéral, BEES 1 et 2, DEJEPS et DESJEPS ou en cours de formation si titulaire d'un BPJEPS Activités Gymniques.*

* **Autres intervenants (entraîneurs, préparateurs physique et mental) sur la détection ou formation de gymnastes) :**

Nom-Prénom :

Diplôme (\*) et date d’obtention :

Statut (Bénévole, salarié) :

Mail :

Catégories entrainées avec nb d’heures hebdomadaire :

Nom-Prénom :

Diplôme (\*) et date d’obtention :

Statut (Bénévole, salarié) :

Mail :

Catégories entrainées avec nb d’heures hebdomadaire :

Nom-Prénom :

Diplôme (\*) et date d’obtention :

Statut (Bénévole, salarié) :

Mail :

Catégories entrainées avec nb d’heures hebdomadaire :

* **Juges**

Nom-Prénom :

Diplôme :

Mail :

***Pour tout l’encadrement professionnel, il est demandé de joindre une copie de la carte professionnelle. Pour information, le contrôle d’honorabilité est étendu aux encadrants sportifs bénévoles licenciés, aux juges et aux dirigeants associatifs licenciés (les personnes qui exercent une responsabilité au sein du club, des comités départementaux et régionaux ou de la Fédération, à titre rémunéré ou bénévole (par exemple : Directeur Administratif, responsable administratif).***

[***https://www.ffgym.fr/La\_FFGYM/Responsabilite\_Societale\_Entreprises/Controle\_d\_honorabilite***](https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/Responsabilite_Societale_Entreprises/Controle_d_honorabilite)

***ANNEXE N°1 : Règlement intérieur – Article 29-1***

* **Participation aux actions d’accompagnement régionales D.R.A** :
* Participation de l’encadrement aux actions régionales du D.R.A OUI / NON
* Participation de l’encadrement aux actions de formation (FPC) OUI / NON
* Participe aux actions spécifiques GAF OUI / NON
* Accueil d’actions DRA OUI / NON
* Le CE Top 12 favorise l'accueil de stages régionaux et/ou nationaux, l’organisation de compétitions régionales, nationales et/ou internationales : OUI / NON

Préciser :

**Organisation technique**

* ***Gymnastes identifiés au sein du centre d’entrainement Top 12 :***

Les gymnastes du CE Top 12 sont exclusivement issus du club formateur : OUI / NON

Le CE Top 12 accueille des gymnastes licenciés dans un autre club : OUI / NON

* Issus d’une structure pôle et bénéficiant d’une réorientation de carrière : OUI / NON
* Issus du dispositif DRA : OUI / NON
* Autres, précisez :
* ***Fléchage de la détection dans l’organisation du club****:*

Expliquez succinctement comment le club est organisé pour assurer la détection (Constitution de groupe de formation, programmes utilisés, implication dans la dynamique régionale, recrutement dans les écoles ou autre…) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ages | 12/14 ans | 15/18 ans | 19 ans et plus |
| Nombre de séances hebdomadaires |  |  |  |
| Volume horaire hebdomadaire au sein du club |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

* ***Le CE Top 12 a la capacité d'offrir un nombre minimum de semaines d'entraînement***

Nombre de semaines d’ouverture :

* ***Participation aux programmes compétitifs de la filière Performance (gymnastes s’entrainant au quotidien dans la structure)*** *:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Année de naissance | Ranking List | Classement saison 2022/2023 et 2023/2024 | | |
| CF Nat A | CF Elite | Top 12 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Organisation environnementale**

* ***Installation sportive***

Adresse du/des gymnase(s) :

Matériel à disposition :

* *Agrès homologués FIG* : Oui/Non
* *Praticable à ressort* : Oui/Non
* *Fosse de réception* : Oui/Non

Si oui : Pleine/A cube/Mixte

* *Trampoline* : Oui/Non

Si oui : Surélevé/Encastré/Sortie de fosse

* *Espace de chorégraphie* : Oui/Non
* *Espace de préparation physique* : Oui/Non

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

* ***Aménagement scolaire***

Disposez-vous d’un partenariat avec des **établissements scolaires à partir du CM1** pour aménager la scolarité et assurer le suivi scolaire *(joindre une copie de la convention avec le ou les établissement(s)*) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement** | **Public ou Privé** | **Type de support (\*)** | **Convention (Oui/Non)** | **Quels aménagements ?** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(\*) Section scolaire, sport étude, SES ou autre convention …*

Remarques :

* ***Hébergement des gymnastes (licenciés (ou non) dans le club)****:*

*Pour cette rubrique, indiquer* ***tous les gymnastes*** *(listés ou non dans le club) hébergés en dehors du foyer familial.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Club** | **Type d’hébergement** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(Fournir les conventions pour chaque gymnaste hébergé en famille d’accueil)*

*Règlement relatif à l’hébergement des gymnastes dans les structures FFGym (Validé par le Comité Directeur le 12 mars 2021 et Modifié par le Comité Directeur le 24 mai 2023)*

***Article 3 –Possibilité d’hébergement pour les gymnastes mineurs***

*Dès lors que l’hébergement des gymnastes mineurs ne peut être assuré par leurs représentants légaux, en raison de l’éloignement entre le lieu de résidence et le lieu d’entraînement, ces derniers peuvent être hébergés exclusivement :*

*- En famille d’accueil conventionnée défini à l’article 2.2 du présent règlement, étant précisé que les gymnastes majeurs résidant en hébergement autonome ne peuvent en aucun cas être considérés comme une famille d’accueil au sens de l’article précité et être désignés comme référent familial ;*

*ou*

*- Dans un internat défini à l’article 2.3 du présent règlement*

[*https://www.ffgym.fr/La\_FFGYM/La\_reglementation\_federale/Reglementation\_administrative*](https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/La_reglementation_federale/Reglementation_administrative)

Remarques :

* ***Suivi médical mis en place :*** présentation de l’organisation du suivi médical

Nom du médecin référent :

Mail :

Présence sur site : Oui / Non

*Fournir une attestation d’engagement du médecin référent, du Président du club et des gymnastes.*

Nom du kinésithérapeute :

Mail :

Présence sur site : Oui / Non

Autres intervenants (Ostéopathe, psychologue, diététicien, …) :

Nom :

Spécialité :

Coordonnées :

Nom :

Spécialité :

Coordonnées :

Nom :

Spécialité :

Coordonnées :

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

* Elus (licenciés club) au sein des équipes départementales, régionales ou nationales FFGym (techniques ou administratifs) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Fonction** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Autres renseignements que vous souhaitez partager :**

Ce questionnaire a été complété par :

Date

Signature du Président  Signature de l’entraineur Référent

**Documents à fournir :**

1. Pour tout l’encadrement professionnel, il est demandé de joindre une copie de la carte professionnelle.
2. Une copie de la convention avec le ou les établissement(s).
3. Les conventions pour chaque gymnaste hébergé en famille d’accueil.
4. Les attestations d’engagement du médecin référent, du Président de club et des gymnastes

* ***Gymnastes identifiables au sein de l’effectif du club pour la saison 2024/2025 :*** *A confirmer en date du 31 octobre 2024*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de Naissance | Nom Prénom | Numéro de licence | Nationalité | Programme compétitif suivi | Participation actions DRA  Oui/Non | Identifié dans le DRA Oui/Non |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

##### 

* ***Gymnastes potentiellement hébergés au sein du club pour la saison 2024/2025 :***

*A confirmer en date du 31 octobre 2024*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de Naissance | Nom Prénom | Numéro de licence | Type d’hébergement | Membre du club formateur  Oui/Non | Identifié dans le DRA  Oui/Non |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |



**Préambule**

Compte tenu des impacts potentiellement délétères sur la santé de la pratique sportive intensive en particulier pendant l’enfance, l’organisation d’un suivi médical spécifique est exigée par la Fédération pour tous les clubs proposant des volumes d’entrainements importants.

Ce suivi spécifique confié à un médecin référent du club, concerne les gymnastes inscrits dans le Projet de Performance Fédéral (PPF) et ceux soumis aux mêmes volumes d’entrainements (Centre d’Entrainement Top 12, Club d’Excellence Gymnique et Club Formateur).

Ce suivi nécessite une bonne communication entre les professionnels de santé et les techniciens.

Les gymnastes familles restent libres de consulter le(s) professionnel(s) de santé de leur choix, mais les comptes rendus de consultation ou d’examen doivent être transmis au médecin référent du club, pour lui permettre de donner, ajuster ou transmettre les consignes d’adaptation d’entrainements.

La poursuite d’un entrainement adapté pendant une période de cicatrisation tissulaire ou de convalescence n’est envisageable que si tous les moyens sont mis en œuvre pour respecter les consignes visant à ne pas retarder la restauration de l’intégrité physique.

Rappel : en cas de blessure grave en cours de saison, la reprise doit être validée par le médecin fédéral régional et national.



**Attestation de médecin référent**

Je soussigné (e) Dr :

Atteste par la présente assurer le suivi médical en lien avec la pratique sportive intensive des gymnastes identifiés par le club de :

Atteste assurer ou coordonner la prise en charge des blessures ou symptômes dans des délais raisonnables (filière de prise en charge définie).

Atteste intégrer, ou faire intégrer par un professionnel de santé, les consignes de restrictions temporaires de pratiques, ou de repos sportif, au cours de ces prises en charge.

Atteste signaler au médecin fédéral national toutes les blessures graves dans le cadre de la veille sanitaire dont la fédération à la charge.

**Fait : Le :**

**Signature du médecin et cachet**



**Attestation club**

Je soussigné (e) :

Président (e) du club :

Atteste que le suivi médical des gymnastes de la section :

Nom des gymnastes :

Est assuré par le Dr :

En cas de blessure ou état devant interrompre ou ajuster les entrainements d’un de ces gymnastes, je m’assurerai que le Dr se soit bien vu transmettre les éléments du dossier médical permettant de coordonner les soins et de transmettre les consignes d’entrainement.

Atteste que les entraineurs orientent dans les meilleurs délais les gymnastes vers le secteur médical devant tout symptôme (douleur, blessure…).

M’assure que les entraineurs respectent les consignes médicales données par le médecin référent.

**Fait à : Le :**

**Signature du Président (e) et cachet du club**



**Attestation Gymnaste (ou représentants légaux)**

Je soussigné :

M’engage à signaler précocement et consulter en cas de symptômes ressentis à l’entrainement (gène récurrente, douleur, ou traumatisme…).

M’engage à communiquer les Comptes Rendus de consultation et d’examens complémentaires au médecin référent du club (si ces derniers ont été effectués en dehors de la filière proposée par ce dernier).

M’engage à respecter les consignes médicales quelles que soient les échéances sportives.

Autorise le médecin référent à communiquer au médecin régional et médecin fédéral, tous les éléments médicaux en lien avec la pratique sportive.

**Fait à : Le :**

**Signature gymnaste Signature représentants légaux**

**ANNEXE N°1 – Extrait du règlement intérieur**

**ARTICLE 29-1 – HONORABILITE**

En application notamment des dispositions des article L.212-1, L.212-9 et L.322-1 du code du sport, certains licenciés sont soumis à une obligation d’honorabilité dans le cadre des fonctions qu’ils exercent.

**A – Assujettis**

Sont soumises aux obligations d’honorabilité susvisées, les personnes, majeures ou mineures :

- exerçant, à titre rémunéré ou bénévole, les fonctions d’enseignement, animation, encadrement ou entraînement mentionnées au premier alinéa de l'article L. 212-1 du code du sport ;

- exploitant directement ou indirectement un établissement dans lequel sont pratiquées des activités physiques ou sportives (associations affiliées notamment). Sont concernées les personnes qui dirigent l’association et/ou qui exercent une responsabilité au sein de cette association, à titre rémunéré ou bénévole ;

- exerçant la fonction de juge ;

- intervenant, à titre bénévole ou rémunéré, auprès des mineurs, au sein des établissements d’activités physiques et sportives.

**B – Obligations d’honorabilité et incapacités**

Les personnes visées au A. ne peuvent exercer ces fonctions si elles ont fait l’objet d’une condamnation visée à l’article L. 212-9 du code du sport.

En outre, nul ne peut enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive auprès de mineurs s'il fait l'objet d'une mesure administrative d'interdiction de participer, à quelque titre que ce soit, à la direction et à l'encadrement d'institutions et d'organismes soumis aux dispositions législatives ou réglementaires relatives à la protection des mineurs accueillis en centre de vacances et de loisirs, ainsi que de groupements de jeunesse ou s'il fait l'objet d'une mesure administrative de suspension de ces mêmes fonctions.

Enfin, nul ne peut enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive s'il a été définitivement condamné par le juge pénal pour crime ou délit à caractère terroriste.

**C – Contrôle d’honorabilité**

Les licenciés assujettis aux conditions d’honorabilité font l’objet d’un contrôle d’honorabilité.

En application des dispositions légales et réglementaires en vigueur, l’association au titre de laquelle ils sont licenciés recueille leur identité complète. En application des dispositions légales et règlementaires en vigueur, et notamment celles de l’article D. 131-2-1 du Code du sport, les données personnelles nécessaires à la réalisation de ce contrôle sont communiquées à cet effet par la Fédération aux services de l’Eta