

**QUESTIONNAIRE GAM**

***À remplir par les clubs postulant à la reconnaissance***

***Club Formateur GAM***

***Campagne 2025***

Document à renvoyer au responsable PAS GAF (guy.espinas@ffgym.fr) et au Pôle des Activités Gymnique (nadia.vaudatin@ffgym.fr). L’objet de ce questionnaire est de rassembler les informations nécessaires à la reconnaissance fédérale « Club Formateur ».

**Nom complet du Club** :

Adresse du siège social :

**Correspondant :**

***Président :***

Mail :

Coordonnée téléphonique :

***Responsable technique :***

Mail :

Coordonnée téléphonique :

**Nombre de licenciées compétitifs GAM :**

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

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

* **Entraineur référent GAM du club formateur** :

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***

Les entraineurs, participent-ils à des formations organisées par la Fédération ou autres ? OUI/NON

* Si OUI, lesquelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Organisation technique**

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

Nombre de licenciées compétitif sur les tranches d’âge suivantes :

 6/7 ans GAM = 8/9 ans GAM = 10 :11/12 ans GAM = 1 3/14 ans GAM =

|  |
| --- |
| **VOLUME HORAIRE ET NOMBRE DE SEANCES PROPOSEES** |
| **Etapes** | **1ère étape :** **Formation de base** | **2ème étape :****Formation préparatoire** |
| **Ages** | 6 / 7 ans | 8 / 9 / 10 ans | 10 / 11 / 12 ans | 13 / 14 ans |
| ***Catégories compétitives de référence*** | *Perf régionale* | *Avenir* | *Espoir* |
| Nombre de Séances  |  |  |  |  |
| Volume horaire hebdomadaire au sein du club  |  |  |  |  |
| Autres (PP, compléments d’entrainement, partenariat…) |  |  |  |  |

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…) :

* ***Participation aux programmes compétitifs de la filière Elite (Nom-Prénom des gymnastes s’entrainant dans le club)****:*

**Résultats dans les compétitions de référence**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gymnaste s’entrainant au sein du club | Nom | Prénom | Date de naissance | Classement à la Revue Nationale des Effectifs (préciser la catégorie) | Classement au Championnat de France Elite(Préciser la catégorie) |
| **N : 2024-2025** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **N-1 : 2023-2024** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **N-2 : 2022-2023** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Identification des potentiels s’entrainant au sein du club :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Née en | **Nom Prénom** | **Test physique % du résultat** | **Test technique****% du résultat** | **Identifiées dans le DRA région**OUI/NON |
| **2013** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2014** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2015** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2016** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2017** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Investissement dans le DRA**

Accueillez-vous des regroupements/stages DRA/ tests CF ou compétitions au sein du club ?

OUI / NON

Certains entraineurs, participent-ils à l’encadrement de regroupements ou stages régionaux ?

Etes-vous en relation régulière avec un Pôle ? De quelle nature est cette relation ?

**Organisation environnementale**

* ***Installation sportive***

Adresse du/des gymnase(s) :

Nombre de créneaux attribués :

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 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** | **SSS et/ou SES ?****Autre convention ?** | **Quels aménagements ?** |
| Ecole primaire |  |  |  |  |
| Collège  |  |  |  |  |
| Lycée |  |  |  |  |
| Cours à distance |  |  |  |  |

* ***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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* ***Gymnastes identifiables au sein de l’effectif du club formateur :***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance |  Numéro de licence |  Nationalité |  Programme compétitifsuivi |  Participation a actions DRAOui/Non | Identifié dans le DRA Oui/Non |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* ***Hébergement des gymnastes*: gymnaste mineur hébergé en dehors des représentants légaux , licencié ou non dans le club, intégré ou pas dans le Club Formateur (hors internat scolaire) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom**  | **Prénom** | **Numéro de licence** | **Club** | **Type d’hébergement** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*(Fournir les conventions pour chaque gymnaste hébergée 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)

**Autres renseignements que vous souhaitez partager :**

Ce questionnaire a été complété par :

Date

Signature du Président/e  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



**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’entrainement importants.

Ce suivi spécifique confié à un médecin référent du club, concerne les gymnastes listés (PPF, DRA) et ceux soumis aux mêmes volumes d’entrainement (Centres d’entrainement Top 12 et Clubs Formateurs).

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 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 a 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

Atteste 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 (gène récurrente, douleur, ou traumatisme…) ressenti à l’entrainement

M’engage à communiquer les CR 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’Etat.