Label Gym Senior

Fédération Française de Gymnastique

Engagement de l’association \*

*Je soussigné(e) :*

*Président(e) de l'association :*

*Ville :*

Application de la convention collective : Oui  Non

* Sollicite la visite d’un auditeur pour : - l’obtention du label Gym Sénior

- le renouvellement du label Gym Sénior

* Atteste avoir pris connaissance du référentiel du label Gym Sénior.
* S’engage à satisfaire les attentes de la Fédération Française de Gymnastique.
* S’engage à informer le comité régional de tout changement concernant l’environnement et l’encadrement qui pourrait donner lieu à une nouvelle visite d’un auditeur régional.

Fait à :       Le : Cliquez ici pour entrer une date.

**Signature du/de la Président(e) et cachet de l'association**

|  |  |
| --- | --- |
| *La demande et l’audit du renouvellement doivent être effectués avant la date de fin de validité du label* | *\* Ce document de deux pages est à retourner au comité régional. Il conditionne la visite d’un auditeur régional dans un Club* |

Identification de l'association \*

**Comité Régional :** Numéro d'Affiliation :

**Association :** **@** :

Adresse :

Ville :       Nombre de licenciés :

**Adresse complète du lieu de pratique:**

      **@** :

**Président(e)** ou personne dûment déléguée du bureau et à même de répondre à l’auditeur régional sur l’ensemble des critères du référentiel (feuille de délégation à joindre)

Nom & prénom :

      **@** :

**Cadre animateur de la section Gym Senior**

Nom & prénom:

      **@** :

**Référent Gym Senior :**

Nom & prénom:

      **@** :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes intervenant au club titulaires**  **du diplôme animateur fédéral des activités gymniques senior**  **inscrit dans un cursus permanent de formation continue FFG (<4 ans)** | | | | |
| **NOM** | **Prénom** | **N° de licence** | **Date d’obtention** | **Date de la Formation Continue** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Séances Gym Senior** | | |
| **Jours** | **Horaires** | **Nombre de pratiquants** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coordonnées | **Mairie** | **DRJSCS** |
| NOM et Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| @ |  |  |