Label Baby Gym

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 Baby Gym

- le renouvellement du label Baby Gym

* Atteste avoir pris connaissance du référentiel du label Baby Gym.
* 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 :       @ :

 :

**Responsable de la section Baby Gym**

NOM & Prénom :       @ :

 :

**Référent "Baby Gym"**

NOM & Prénom :       @ :

 :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnes intervenant au club titulaires du diplôme d’animateur fédéral Baby Gym ou**  **«CQP Animateur des Activités Gymniques mention Eveil Gymnique pour la Petite Enfance»**  **inscrits dans un cursus permanent de formation continue FFG(<4 ans) – nombre adéquat encadrant/encadré** | | | | |
| **NOM** | **Prénom** | **N° de licence** | **Date d’obtention** | **Date de formation continue** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Séances Baby Gym** | | | | |
| **Ages** | **Jours** | **Horaires** | **Nombre de pratiquants** | **Nombre d’aide(s) animateur(s)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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