Certification Qualité

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 de la certification Qualité [ ]

- le renouvellement de la certification Qualité [ ]

* Atteste avoir pris connaissance du guide de Qualité et du référentiel de Certification.
* S’engage à respecter la Charte :
* faciliter l’enseignement des disciplines sportives déléguées à la Fédération Française de Gymnastique,
* permettre l’accès aux structures d’entraînement et aux compétitions,
* faciliter au public le plus large, l’accès aux pratiques gymniques de loisirs et d’animation,
* améliorer la qualité des services, d’accueil, d’administration, d’éducation, d’animation, d’enseignement et d’entrainement,
* veiller au respect de la santé physique et morale de ses licenciés,
* entreprendre toutes actions et démarches locales propres à assurer son expansion dans le respect du plan de développement et de promotion de la FFG,
* participer à la formation continue de ses élus et de ses personnels bénévoles et salariés,
* faciliter l’aide et le contrôle des structures déconcentrées de la Fédération Française de Gymnastique,
* rechercher toutes les améliorations conduisant à l’obtention des labels et certifications délivrés par la FFG.

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 sur l’ensemble des critères du référentiel (feuille de délégation à joindre)

NOM & Prénom :

 :       @ :

**Accompagnateur Qualité**

NOM & Prénom :

 :       @ :

|  |
| --- |
| **Disciplines pratiquées au sein du club** |
| Gymnastique Artistique Féminine | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Gymnastique Artistique Masculine | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Gymnastique Rythmique | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Gymnastique Aérobic | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Trampoline | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Tumbling | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Gymnastique Acrobatique | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Gymnastique Pour Tous(activités gymniques Baby Gym, Gym Senior, cardio-vasculaires, d’entretien, acrobatiques, d’expression, etc.) | Oui [ ] *Spécifier les activités* | Non [ ]  |

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