



Questionnaire n° 1

HANDI SPORTS DE GLACE

Votre structure souhaite accueillir un public de personnes en situation de handicap ?

Oui

Non

Structure

Ligue

Nom du Club

N° d'affiliation FFSG

Disciplines sportives proposées au sein de votre structure pour personnes valides ?

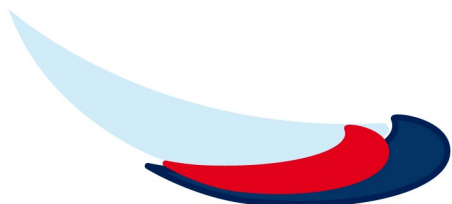
Adresse de la structure

Code postal

Ville

Adresse du lieu de pratique (si différente de l'adresse du Club)

Patinoire



**Fédération Française
Sports de Glace**



Nom du Président du club

Téléphone du Président ou de son représentant

Adresse E-mail

Site Web du club

Projet

Décrivez votre projet

Avez-vous des besoins particuliers pour démarrer votre projet ?



Questionnaire n°2

HANDI SPORTS DE GLACE

Votre structure a déjà proposé des activités de Sports de glace à des personnes en situation de handicap ?

Oui

Non

Structure

Ligue

Nom du Club

N° d'affiliation FFSG

Disciplines sportives proposées au sein de votre structure pour personnes valides ?

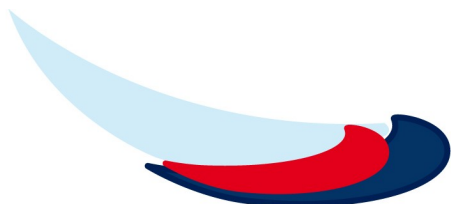
Adresse de la structure

Code postal

Ville

Adresse du lieu de pratique (si différente de l'adresse du Club)

Patinoire



**Fédération Française
Sports de Glace**



Nom du Président du club

Téléphone du Président ou de son représentant

Adresse E-mail

Site Web du club

Projet

Décrivez votre projet

Avez-vous rencontré des difficultés à l'intégration de ce nouveau public ?

Avez-vous des besoins particuliers pour renouveler l'expérience ?



Questionnaire n° 3

HANDI SPORTS DE GLACE

Votre structure propose actuellement des activités de Sports de glace à des personnes en situation de handicap ?

Oui Non

Structure

Ligue

Nom du Club

N° d'affiliation FFSG

FFH

FFSA

Disciplines sportives proposées au sein de votre structure pour personnes valides ?

Adresse de la structure

Code postal

Ville

Adresse du lieu de pratique (si différente de l'adresse du Club)

Patinoire



Votre patinoire est-elle accessible aux personnes à mobilité réduite ?

Lieu de pratique

Oui

Non

Vestiaire

Oui

Non

Parking

Oui

Non

W.C

Oui

Non

Si oui, décrivez les aménagements existants

Nom du Président du club

Téléphone du Président ou de son représentant :

Adresse E-mail

Site Web du club

**Nom du ou des contact(s) du club pour le secteur handicap (dirigeant(s),
éducateur(s) sportif(s), autre(s))**

Diplôme(s)

Compétence(s)

Téléphone(s)

E-mail(s)



Disciplines sportives:

Disciplines sportives proposées aux personnes en situation de handicap ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patinage artistique | <input type="checkbox"/> Danse sur glace | <input type="checkbox"/> Short-track |
| <input type="checkbox"/> Vitesse | <input type="checkbox"/> Curling | <input type="checkbox"/> Bobsleigh |
| <input type="checkbox"/> Luge | <input type="checkbox"/> Skeleton | <input type="checkbox"/> Patinage synchronisé |
| <input type="checkbox"/> Ballet | | |

Types de handicaps intégrés dans votre structure ?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handicap physique | <input type="checkbox"/> Déficient auditif | <input type="checkbox"/> Déficient visuel |
| <input type="checkbox"/> Handicap mental ou psychique | <input type="checkbox"/> Poly handicap | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | <input type="text"/> | |

Précisez

Au sein de votre structure, pouvez-vous proposer vos activités à d'autres personnes en situation de handicaps ?

- Oui Non

Précisez



Public accueilli (enfant(s), adulte(s)) ?

Nombre de pratiquants réguliers ?

Prise de Licence(s) ?

Oui

Non

Précisez si oui, lesquelles ?

Niveau de pratique

Débutants

Initiés

Dans le cadre de passage de tests: avez-vous rencontré des difficultés pour la validation des compétences attendues ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

Accompagnement des Pratiquants hors glace et sur glace ?

Précisez (parent(s), éducateur(s) spécialisé(s), interprète(s), initiateur(s)...):



Périodicité de Pratique

Pratique occasionnelle, de découverte

Précisez

Pratique régulière, de loisir

Précisez

Pratique intensive avec de l'entraînement, des compétitions

Précisez

Matériels utilisés ?

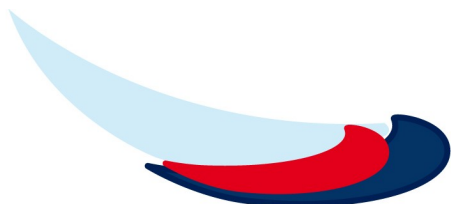
Oui

Non

Précisez

Seriez-vous prêt à investir dans du matériel spécifique (des luges de glisse ?)

Précisez



**Fédération Française
Sports de Glace**



Objectifs de la pratique

Besoins soulevés inhérents à la pratique

Informations complémentaires

Questionnaire(s) à retourner par mail aux coordonnées ci-dessous

avant le 23 Novembre 2009

Robert Nathalie

Référent Sport et Handicaps FFSG

E-mail: robert_nathalie@orange.fr

Téléphone: 06.43.68.93.20

**MERCI D'AVOIR PRIS UN PEU DE VOTRE TEMPS POUR REpondre A UN DES
QUESTIONNAIRES**