

PROJET DU BASSIN DE PRATIQUE

Ce projet de bassin doit être co-construit par les GSA participants avec leur référent technique régional puis transmis à la FFvolley afin de permettre la labellisation du bassin

CONTEXTE

- **DISTANCE MOYENNE** entre les clubs du bassin déclaré par rapport au GSA support :

_____ km

- **EFFECTIFS EN LICENCES DU BASSIN**

Type de licence	Effectifs en licences du BP (à l'issue de la saison écoulée)					
	Nom GSA	Nom GSA	Nom GSA	Nom GSA	Nom GSA	TOTAL
Compétition Volley Ball						
Compétition Beach Volley						
Compétition Para Volley						
Compétition Snow Volley						
Compét'Lib						
Volley Pour Tous						
Encadrement-Dirigeant						
Événementielles						
TOTAL						

PROJET

- **OBJECTIFS DU BASSIN/MOYENS D' ACTIONS** (*conservez ceux de votre choix ou rédigez-en d'autres*)

- Compléter des collectifs de jeunes avec des joueurs et joueuses isolé(e)s pour mieux les fidéliser
- Offrir des créneaux de jeu supplémentaires aux pratiquants compétition et/ou loisirs
- Améliorer la formation des meilleurs éléments afin de participer au renouvellement des équipes séniors
- Mutualiser les moyens matériels et l'encadrement afin d'améliorer l'accueil des adhérents
- Embaucher un(e) premier(e) salarié(e) de bassin pour accompagner les licenciés.
- Organiser des événements d'envergure
- Autres : ...

- **CRITERES D'EVALUATION** (*en fonction des objectifs et moyens d'actions définis ci-dessus, veuillez indiquer des critères d'évaluation cohérents qui vous aideront dans la rédaction de votre « bilan annuel d'activité de bassin », que vous devrez remplir à l'issue de cette saison*).

➤ Intitulé exact de l'objectif n°1, moyens d'actions associés et définition des critères d'évaluation :

➤ Intitulé exact de l'objectif n°2, moyens d'actions associés et définition des critères d'évaluation :

➤ Intitulé exact de l'objectif n°3, moyens d'actions associés et définition des critères d'évaluation :

- **ACCORDS FINANCIERS entre les GSA du Bassin** (facultatif)

VALIDATION DU PROJET PAR LE « REFERENT TECHNIQUE REGIONAL »

Nom/prénom du Référent : _____

Signature du Référent :

Date de validation du projet : _____