****

**Demande de label « Tourisme et Handicap »**

***Vous souhaitez obtenir le label national « Tourisme et Handicap » pour votre établissement, le présent questionnaire constitue la première étape de la démarche de labellisation.***

***Il permet de mieux vous connaître et est destiné à vous aider à procéder à une première approche de l’accessibilité de votre établissement, pour les handicaps moteur, mental, visuel et auditif.***

**FICHE DE PRESENTATION**

**Nom de l’établissement / raison sociale**…………...…………………………………………………………...

Adresse :.…………………………………………………………………………………...………………………....…...

N° de tél. : ……………………………………………………..Fax : ……………………………………………………..

Mél : …………………………………………………………...Site Internet : ………………………………………….....

Nom et prénom du représentant légal : ……………………………………………………………………………….…….

Fonction :………………………………………………………………… …………………………………………….…...

Coordonnées de la personne chargée du suivi de cette demande :………………………………………………….….......

N°SIRET : ……………………………………………………………………………...………………………....…........

**Nature de l’activité exercée / type de structure** :

HOTEL CENTRE DE VACANCES

HOTEL RESTAURANT CHAMBRES D’HOTES

RESTAURANT…………………………… MEUBLE DE TOURISME

OT/SI (office de tourisme, syndicat d’initiative)

ACTIVITE DE LOISIRS (préciser): …………………………………….…………………………………….

ACTIVITE CULTURELLE (préciser): …..…………………………………………………………………………..

AUTRES (préciser): ……………………………………………………….……….............………………

Date de début d’exploitation :………………………………...… Capacité d’accueil de la structure :…………………..

Derniers travaux réalisés et date :…………………………………………………………………………..………………

Classification touristique et date (type de classement, nombre d’étoiles, n° d’agrément, autre label, etc...) :………………………

Est-elle classée ERP (établissement recevant du public) : oui non

Catégorie :……………

Date de la dernière visite de la commission de sécurité : ……………………………………………………………………………

L’établissement est-il déjà engagé dans une démarche qualité : oui non

Si oui préciser laquelle :……………………………………………………………………….………………...…………

Si non, avez-vous ce projet à : court terme moyen terme long terme

Organisme par lequel vous avez eu connaissance du label :……………………………………………….………………

Fait à : ……………………, le :………………………………. Signature du chef d’établissement :

*PJ : une annexe technique*

**ANNEXE TECHNIQUE**

**Fiche de renseignements sur l’accessibilité de votre établissement**

***Pensez-vous connaître- les principes d’accessibilité du****:*

Handicap moteur oui non insuffisamment

Handicap visuel oui non insuffisamment

Handicap auditif oui non insuffisamment

Handicap mental oui non insuffisamment

**Accueil**

Recevez-vous déjà des clients handicapés : souvent parfois jamais

Si oui, ces personnes se déplacent-elles en fauteuil roulant : souvent parfois jamais

Sont-elles non-voyantes ou malvoyantes : souvent parfois jamais

Sont-elles sourdes ou malentendantes : souvent parfois jamais

Sont-elles déficientes mentales : souvent parfois jamais

Votre personnel est-il sensibilisé à l’accueil des personnes handicapées : oui non

Votre personnel est-il formé à l’accueil des personnes handicapées : oui non

Si oui préciser pour quel type de handicap : moteur mental visuel auditif

Quel est l’organisme de formation : ………………………………………………………………...………………

**Les aides**

Proposez-vous :

* des documents adaptés (ex: menu, plan...) oui non
* des outils adaptés (ex: boucle magnétique, audio guide...) oui non
* des activités adaptées (ex: tiralo, visites tactiles, animations...) oui non

Autre (préciser) :……………………………………………………………………………………………...………………………

**L’accessibilité aux 4 types de handicaps**

**Handicap moteur**

Votre structure comporte-t-elle un parking : oui non, accessible oui non

L’entrée principale est-elle de plain-pied : oui non, avec rampe d’accès oui non

Si l’entrée principale comporte des marches, existe-t-il une autre entrée accessible : oui non

Existe t- il au moins un sanitaire collectif adapté pour les personnes en fauteuil roulant : oui non

Une personne en fauteuil roulant peut-elle circuler à l’extérieur du lieu :

* sans l’obstacle de marches non compensé par un plan incliné oui non
* sur un sol non meuble oui non

Une personne en fauteuil roulant peut-elle circuler à l’intérieur du lieu :

* sans l’obstacle de marches non compensées par des plans inclinés oui non
* sans l’obstacle d’escaliers non compensés par un ascenseur accessible oui non
* avec des largeurs de passage et de portes suffisantes oui non

(pm : **largeur utile de la porte 77cm ou 83cm pour les ERP**)

Si votre établissement comporte des chambres, disposez-vous de chambre(s) avec sanitaires, spécialement aménagées pour recevoir une personne en fauteuil roulant : oui non

**Handicap visuel**

Votre établissement a-t-il réalisé des adaptations ou des aménagements dans ce domaine : oui non

Un soin a-t-il été apporté pour supprimer ou neutraliser les obstacles à hauteur de visage, non détectables à la canne pour une personne non-voyante  oui non

Un soin a-t-il été apporté dans l’utilisation des contrastes (couleur, matière) facilitant les repères des personnes malvoyantes

oui non

Les informations écrites disponibles sont-elles homogènes sur l’ensemble du site : oui non

L’éclairage général est-il : faible ou tamisé fort lumière du jour

Mettez-vous à disposition :

des documents en braille des documents en caractères agrandis

des documents audios (cassettes) des plans en relief

**Handicap auditif**

L’un des membres du personnel a-t-il été formé à la lecture labiale ou à la langue des signes : oui non

L’information vocale ou sonore est-elle relayée par écrit (panneaux, affiches, documents) : oui non

Les signaux auditifs sont-ils couplés à des signaux visuels : oui non

Un soin a-t-il été apporté au niveau de l’acoustique : oui non

Existe-t-il un dispositif de boucle magnétique : oui non

Existe-t-il un système de télétexte (fax, internet, minitel) mis à disposition de façon permanente : oui non

**Handicap mental**

L’entrée principale est-elle facilement repérable : oui non

Les endroits présentant un danger sont-il protégés (ex : plan d’eau) : oui non

L'information écrite est-elle associée à une image (photo, pictogramme simple…) : oui non

Les entrées ou sorties « public » se distinguent-elles bien des entrées « privées » : oui non

Les indications ou panneaux sont-ils homogènes sur le site : oui non

 *(rappel : L'information visuelle relève avant tout de l'aide à l'orientation ( un grand ennemi en la matière réside dans l'uniformité des lieux)* *:*

Dans le cadre de pratiques culturelles, existe-t-il des ateliers ludiques et interactifs, des activités manuelles, des échanges pour aider à la compréhension : oui non

**Votre auto évaluation**

D’après vous, une personne en situation de handicap peut-elle en toute autonomie (sans aide) :

* entrer dans votre établissement /votre site moteur mental visuel auditif
* se déplacer seule moteur mental visuel auditif
* utiliser les équipements moteur mental visuel auditif

Projetez-vous de réaliser des travaux d’amélioration de l’accessibilité dans l’année à venir : oui non

ou des acquisitions spécifiques : oui non

Si oui préciser…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………...

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………...

***La fiche de présentation ainsi que l’annexe technique sont à  retourner au Comité Départemental du Tourisme de votre région accompagnées d’un document de présentation de l’établissement.***