



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

## **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 : .....

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HOTEL  | <input type="checkbox"/> CENTRE DE VACANCES |
| <input type="checkbox"/> HOTEL RESTAURANT                                 | <input type="checkbox"/> CHAMBRES D'HOTES   |
| <input type="checkbox"/> RESTAURANT.....                                  | <input type="checkbox"/> MEUBLE DE TOURISME |
| <input type="checkbox"/> OTSI (office de tourisme, syndicat d'initiative) |   |
| <input type="checkbox"/> ACTIVITE DE LOISIRS (préciser): .....            |   |
| <input type="checkbox"/> ACTIVITE CULTURELLE (préciser): .....            |   |
| <input type="checkbox"/> 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



## Annexe technique

### Fiche de renseignements sur l'accessibilité de votre établissement

#### Pensez-vous connaître- les principes d'accessibilité du :

Handicap moteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> insuffisamment
Handicap visuel	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> insuffisamment
Handicap auditif	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> insuffisamment
Handicap mental	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> insuffisamment

#### Accueil

Recevez-vous déjà des clients handicapés :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> jamais
Si oui, ces personnes se déplacent-elles en fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> jamais
Sont-elles non-voyantes ou malvoyantes :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> jamais
Sont-elles sourdes ou malentendantes :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> jamais
Sont-elles déficientes mentales :	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> jamais
Votre personnel est-il sensibilisé à l'accueil des personnes handicapées :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Votre personnel est-il formé à l'accueil des personnes handicapées :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui préciser pour quel type de handicap :	<input type="checkbox"/> moteur	<input type="checkbox"/> mental	<input type="checkbox"/> visuel <input type="checkbox"/> auditif
Quel est l'organisme de formation : .....			

#### Les aides

Proposez-vous :			
✓ des documents adaptés (ex: menu, plan...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
✓ des outils adaptés (ex: boucle magnétique, audio guide...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
✓ des activités adaptées (ex: tiralo, visites tactiles, animations...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
autre (préciser).....			

## **l'accessibilité aux 4 types de handicaps**

#### Handicap moteur

Votre structure comporte-t-elle un parking :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non, accessible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'entrée principale est-elle de plain-pied :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non, avec rampe d'accès	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si l'entrée principale comporte des marches, existe-t-il une autre entrée accessible :	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Existe t- il au moins un sanitaire collectif adapté pour les personnes en fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
✓ sur un sol non meuble	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
✓ sans l'obstacle d'escaliers non compensés par un ascenseur accessible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
✓ avec des largeurs de passage et de portes suffisantes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

(pm : largeur utile de la porte 77cm)

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 mal-voyantes  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 :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> des documents en braille         | <input type="checkbox"/> des documents en caractères agrandis |
| <input type="checkbox"/> des documents audios (cassettes) | <input type="checkbox"/> 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-ils 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 | <input type="checkbox"/> moteur | <input type="checkbox"/> mental | <input type="checkbox"/> visuel | <input type="checkbox"/> auditif |
| ✓ se déplacer seule                           | <input type="checkbox"/> moteur | <input type="checkbox"/> mental | <input type="checkbox"/> visuel | <input type="checkbox"/> auditif |
| ✓ utiliser les équipements                    | <input type="checkbox"/> moteur | <input type="checkbox"/> mental | <input type="checkbox"/> visuel | <input type="checkbox"/> 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 à la Délégation Régionale au Tourisme (Préfecture de Région – 7, place de la Madeleine – 76036 ROUEN CEDEX) accompagnées d'un document de présentation de l'établissement.*

