



REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF

Performance 10 ans et +

A l'attention de :

- Président départemental
- Clubs pour diffusion aux gymnastes et aux cadres concernés

La Commission Technique départementale GAF organise un regroupement le :

DIMANCHE 7 NOVEMBRE 2021
GYMNASE MICHEL BOUCHOUX,
RUE LOUIS BLANC, 60160 MONTATAIRE
DE 09H15 A 17H00

Cette première action est proposée pour les gymnastes nées à partir 2012 engagées dans la filière performance.
Merci de remplir le formulaire d'inscription en ligne.

REPONSE AVANT LE LUNDI 1^{ER} NOVEMBRE

Le contenu de cette journée est basé sur le programme Performance, si toutefois vous hésitez sur le profil d'une de vos gymnastes, n'hésitez pas à nous contacter pour prendre la meilleure décision.

- Aurélie Dassonville 06 70 89 38 45
- Audrey Vivies 06 81 09 51 41

Repas :

- Prévoir un repas sain et nourrissant pour le midi (pas de soda et pas de chips)
- Possibilité de faire réchauffer sur place

Encadrement :

- Encadrement départemental convoqué
- Au moins un cadre de club accompagnateur, minimum 1 entraîneur pour 4 gymnastes (2 pour 8 gymnastes, ...)
- Ouvert à tous les entraîneurs désirant se former, s'informer et échanger

Modalités:

- [Formulaire d'inscription en ligne](#) à utiliser par tous pour s'inscrire
- Autorisation parentale à remettre à son entraîneur en début de stage, en dernière page
- Tarif de 5€ par gymnaste

Ouvert à tous les entraîneurs désirant se former, s'informer et échanger !

Pour le comité technique GAF,
Emilien BLOND



REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF

Performance 10 ans et +

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné/ nous soussignés

.....

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de l'enfant mineur :

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	N°de licence :
N° de Sécurité sociale :	
Mutuelle : (Nom et adresse) :	
.....	
.....	

déclare /déclarons :

- autoriser celui-ci à participer à la journée de regroupement du 29 septembre 2019 et aux activités proposées lors de cette journée.
- accepter que celui-ci soit hospitalisé en cas d'urgence.
- autoriser le chirurgien à pratiquer en cas d'urgence :
 - Tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic.
 - Toute intervention médicale ou chirurgicale selon l'état de santé de votre enfant

Et demande/demandons que notre médecin soit tenu informer :

Docteur :

Adresse :

Tél. :

Fait à le

Signature précédée de la mention « LU ET APPROUVE » :

Personne à prévenir en cas d'urgence :
NOM :
Adresse :
Tél. :