



REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF

Performance 7-8 ans

A l'attention de :

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

Le Comité organise un regroupement le :

Samedi 9 juillet 2022
Gymnase Leopold Loucard,
170 Rue de Paris, 60000 BEAUVAIS
De 09h30 à 17h00

Cette action est proposée pour les gymnastes nées en 2014 et 2015 engagées dans la filière performance.
Merci de remplir le [formulaire d'inscription en ligne](#).

REPONSE AVANT LE LUNDI 4 JUILLET

Le contenu de cette journée est basé sur le programme performance, une détection pour un accès aux stages régionaux sera réalisée, 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 7-8 ans

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. :