



# REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF

*Performance 9-10 ans*

A l'attention de :

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

Le Comité organise un regroupement le :

Dimanche 10 juillet 2022  
Gymnase Leopold Louchard,  
170 Rue de Paris, 60000 BEAUVAIS  
De 09h30 à 17h00

Cette action est proposée aux gymnastes nées en 2013 engagées sur le programme performance et pour les gymnastes nées en 2012 possédant les prérequis suivants :

SAUT : lune

POUTRE : roue, souplesse arrière, sortie en salto

BARRES : tour d'appui arrière, pose de pieds, balancés

SOL : rondade flip, saut de main, salto avant

Merci de remplir le [formulaire d'inscription en ligne](#).

REPONSE AVANT LE LUNDI 4 JUILLET

Le contenu de cette journée est basé sur les programmes performances, 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 9-10 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 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. : .....