



## REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GR

### *Coupe Formation*

*A l'attention de :*

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

La Commission Technique Départementale GR organise un regroupement le :

DIMANCHE 23 MARS 2025 – DE 09H30 A 16H30

*(accueil à partir de 09h15)*

GYMNASSE ROGER SALENGRO  
14 RUE DE VERDUN  
60100 CREIL

Cette action est proposée pour aux gymnastes qui travaillent sur le programme Coupe Formation 2 et 3 nées entre 2018 à 2014. Merci de [remplir le formulaire d'inscription en ligne](#).

---

REPONSE AVANT LE JEUDI 20 MARS

---

Le contenu de cette journée est basé sur le programme Coupe Formation 2 et 3, si toutefois le nombre de gymnastes dépasse la capacité d'accueil du regroupement, nous serons dans l'obligation de vous contacter pour faire des choix parmi les gymnastes inscrites.

#### 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 5 gymnastes, 2 entraîneurs pour 10, ...
- 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 GR,  
Emilien BLOND



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. : .....