



REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF *Fédéral A 14 ans et plus*

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 13 NOVEMBRE 2022
GYMNASE MICHEL BOUCHOUX,
RUE LOUIS BLANC, 60160 MONTATAIRE
DE 10H00 A 17H00

Cette action est proposée pour les gymnastes fédérales A nées en 2009 et avant (14 ans et +) engagées dans cette filière. Merci de remplir le [formulaire d'inscription en ligne](#).

REPONSE AVANT LE LUNDI 31 OCTOBRE

Le contenu de cette journée est basé sur le programme Fédéral A, 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 GAF,
Emilien BLOND



REGROUPEMENT DEPARTEMENTAL GAF
Fédéral A 14 ans et plus

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 16 octobre 2022 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. :