



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 18 FEVRIER 2024 – DE 10H00 A 16H45

(accueil à partir de 09h45)

GYMNASE ROGER SALENGRO
14 RUE DE VERDUN
60100 CREIL

Cette première action est proposée pour aux gymnastes qui travaillent sur le programme Coupe Formation 2 et 3 nées entre 2017 à 2013. Merci de [remplir le formulaire d'inscription en ligne](#).

REPONSE AVANT LE VENDREDI 09 FEVRIER

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. :