



Les Ponts de Cé, le 7 octobre 2014

Mesdames et Messieurs les Présidents des clubs de Maine et Loire, Secteur 1 – NORD : **AG, ASCSB, ASPC, EHA, ESSHA, GAP, SGMJ, TGC**

Madame la Présidente, Monsieur le Président,

Le Comité Départemental organise trois stages de perfectionnement GAM et GAF :

- Pour la GAM, gymnastes nés de 2008 à 2001
- Pour la GAF, gymnastes nées de 2008 à 2004

Le premier stage se déroulera :

**Vendredi 31 octobre 2014  
de 9h30 à 17h00  
Salle Jean Vilar (à confirmer)  
49000 ANGERS**

**\*Prévoir un pique nique pour le repas du midi.**

Les deuxième et troisième journées de stage sont prévues :

- Lundi 9 février 2015 aux PONTES DE CE
- Vendredi 24 avril 2015, à ANGERS pour la GAM et à SAINT BARTHELEMY D'ANJOU pour la GAF

Nous vous adressons, à présent :

- Un tableau à compléter pour l'inscription de vos gymnastes.
- L'autorisation parentale à **rendre sur place le premier jour du stage.**

Merci de bien vouloir confirmer la présence de vos gymnastes en nous retournant la liste **pour le 21 octobre 2014 dernier délai.**

**Nous vous rappelons que la présence des entraîneurs avec leurs gymnastes est souhaitée lors de ces stages et que tous doivent être licenciés au premier jour du stage.**

Dans l'attente de vos réponses, recevez, Madame la Présidente, Monsieur le Président, nos salutations amicales et sportives.

**La DTG  
Christelle MAGINOT**



Les Ponts de Cé, le 7 octobre 2014

**AUTORISATION PARENTALE A RENDRE  
SUR PLACE LE 1<sup>ER</sup> JOUR DU STAGE**

**CLUB** : .....

**Pour le Stage de perfectionnement – Secteur NORD - GAF 2008 à 2004**  
" " " **GAM 2008 à 2001**

**Dates et lieux :**

1. **Vendredi 31 octobre 2014, salle Jean VILAR à ANGERS**
2. **Lundi 9 février 2015, salle Athlétis aux PONTS DE CE**
3. **Vendredi 24 avril 2015, salle Jean VILAR à ANGERS pour la GAM**  
**Et à la salle de la Cressonnière à SAINT BARTHELEMY D'ANJOU pour la GAF**

Je soussigné(e) Mr ou Mme \_\_\_\_\_ autorise le responsable du stage à prendre les mesures nécessaires, d'urgence et d'hospitalisation en cas d'accident pour mon enfant

(Nom, prénom) : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Tél Domicile : \_\_\_\_\_

Tél Travail : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Si votre enfant est allergique à un médicament ou asthmatique, veuillez nous le signaler ci-dessous :

-  
-

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Signature des parents**



