



Les Ponts de Cé, le 7 octobre 2014

Mesdames et Messieurs les Présidents des clubs de Maine
et Loire, Secteur 2 - SUD : **ACPV, Avenir Chemillé,
EAT, EC, EGT, JF, PCG, SLAG, TORFOU**

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 Joachim du Bellay (à confirmer)
49300 CHOLET

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

Les deuxième et troisième journées de stage sont prévues :

- Lundi 9 février 2015 à CHEMILLE
- 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 au plus tard.**

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^{ER} JOUR DU STAGE**

CLUB :

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

Dates et lieux :

- 1. Vendredi 31 octobre 2014, salle du Bellay à CHOLET**
- 2. Lundi 9 février 2015, complexe sportif de Bellevue à CHEMILLE**
- 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

GAM SUD Perfectionnement

GAM SUD Perfectionnement			31/10/2014	09/02/2015	24/04/2015
Club	NOM Prénom	Année			

GAF SUD Perfectionnement

GAF SUD Perfectionnement		31/10/2014	09/02/2015	24/04/2015
Club	NOM Prénom			