

## **STAGE DE PERFECTIONNEMENT POUSSINES**

Le comité départemental d'Eure et Loir organise un stage de perfectionnement à destination des gymnastes de la catégorie Poussines à Chartres sur les vacances de la Toussaint les 23,24 et 25 octobre.

Dans le cadre de ce stage, les gymnastes pourront venir se perfectionner sur des niveaux précis ou des éléments précis du niveau 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> degré.

**3 jours de stage sur lesquels le nombre de gymnastes sera limité par association et en fonction du nombre d'entraîneurs.**

JOURS	HORAIRES
Mercredi 23 octobre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 9h00 – 12h00</li><li>▪ 14h00 – 17h00</li></ul>
Jeudi 24 octobre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 9h00 – 12h00</li><li>▪ 14h00 – 17h00</li></ul>
Vendredi 25 octobre	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 9h00 – 12h00</li><li>▪ 14h00 – 17h00</li></ul>

### **RETOUR DES INSCRIPTIONS :**

La liste des participantes par association et les fiches individuelles sont à renvoyer **avant le 20 octobre 2024** par mail à : [atouillant.audrey@gmail.com](mailto:atouillant.audrey@gmail.com)

Les inscriptions seront bloquées à 5 gyms maximum par association et par créneau, s'il reste de la place nous pourrions ouvrir à plus.

### **DIVERS :**

- Vous devez être à jour de votre affiliation et avoir validé votre licence 2024-2025 pour déposer votre inscription.

**STAGE DE PERFECTIONNEMENT POUSSINES**

COMITÉ DÉPARTEMENTAL  
EURE ET LOIR

Fiche à retourner pour **le 20 octobre 2024** au plus tard par mail  
à [atouillant.audrey@gmail.com](mailto:atouillant.audrey@gmail.com)

Association : .....

Référent : .....

Nom : ..... Prénom .....

Mail : .....

Téléphone : .....

Statut : .....

**LISTE STAGIAIRE(S)**



**INSCRIPTION À LA JOURNEE**



NOM	PRENOM	23/10	24/10	25/10

# FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION

## Stage participation Gymnastes

Mercredi 23 octobre	
Jeudi 24 octobre	
Vendredi 25 octobre	

Cocher le jour de stage : **Les inscriptions sur 3 jours seront privilégiées.**

ASSOCIATION : \_\_\_\_\_ N° Licence : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LIEU : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), m'engage à suivre les conditions prévues par le règlement du stage.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Nom et signature du stagiaire

Nom et signature du représentant légal

## AUTORISATION PARENTALE / DE TRAITEMENT / PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN

**Cet imprimé doit aussi être complété par les personnes MAJEURES**

### AUTORISATION PARENTALE (mineurs)

Je soussigné(e) M \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur Légal de l'enfant, stagiaire majeure (1)

Autorise mon enfant (nom, prénom) \_\_\_\_\_

**A participer au stage Gym Féminine** organisé par le Comité d'Eure et Loir FSCF **les 23,24 et 25/10** et à pratiquer toutes les activités prévues lors du stage.

**Et autorise les responsables de ce stage à prendre, en mon nom, toutes décisions qu'ils jugeront utiles en cas d'urgence, accident, maladie ou intervention chirurgicale. Toute entorse à cette exigence déchargera les responsables**

Dans ce cas, je m'engage à rembourser tous les frais médicaux et frais annexes qui auraient été avancés.

A voyager seul(e) pour se rendre sur le lieu du stage et en revenir. (1)

A voyager seul(e) en cas de renvoi décidé par le directeur de la session. (1)

Autorise la Fédération Sportive et Culturelle de France à utiliser l'image de mon enfant pour ses supports de communication interne et externe. (1)

Je reconnais avoir pris connaissance de mon obligation d'avoir contracté une assurance en responsabilité civile.

**Je m'engage à prévenir la FSCF Comité d'Eure et Loir, par écrit, de tout changement dans l'état de santé de mon enfant, et ce avant de le faire participer à une session de formation ou il est inscrit (allergie, prise de médicament, blessure....)**

COCHEZ OBLIGATOIREMENT TOUTES LES CASES NECESSAIRES

(1) rayez la ou les mention(s) inutile(s)

### • **MINEURS + MAJEURS**

**ALLERGIES** (partie à remplir aussi par les stagiaires majeurs) = **TRAITEMENT EN COURS**

(En cas d'allergie, merci de joindre un certificat LISIBLE de conduite à tenir fait par le médecin traitant)

**Maladies, soins journaliers : (joindre ordonnance du médecin)** \_\_\_\_\_

**Prescription médicale : précisez :** (Joindre obligatoirement l'ordonnance RECENTE et LISIBLE du médecin indiquant le nom du médicament, nature du traitement et posologie à prendre).

**Régime alimentaire particulier :** \_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE, PREVENIR :** (**merci d'écrire lisiblement les différentes coordonnées**)

M/Mme: \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_

Tél (fixe et portable): \_\_\_\_\_

**Date et signature suivies de la mention manuscrite : « Lu et approuvé »**