



## STAGE DEPARTEMENTAL D'HIVER

Modalité d'inscription :

Feuille d'engagement (dernière page) à remplir et à envoyer à :

à **Thérèse Natta** : [atdgaf91@gmail.com](mailto:atdgaf91@gmail.com) et à **Audrey Breistroffer** : [audrey.charrit@9online.fr](mailto:audrey.charrit@9online.fr)

**Il est impératif de respecter la date limite de candidature.** A la suite des engagements et après délibération en commission technique, cette dernière diffusera la liste des gymnastes retenues (1 semaine environ après la clôture des inscriptions).

**Toutes les gymnastes prises en stage doivent remplir un dossier** (3 feuilles jointes)

à Audrey BREISTROFFER - 32 rue du docteur Charcot - 91290 Arpajon . Aucune inscription ne sera autorisée sur place. **Il est impératif de respecter la date de retour des dossiers.** Au delà des dates limites, la commission procédera éventuellement à des repêchages. Pour les vaccins, vous pouvez nous fournir une photocopie du carnet de santé.

- **Profil** : Poussines Fédérales B ou performance + Fédérales A
- **Âges des gymnastes** : A partir de 2012
- **Date** : Du lundi 19 au mercredi 21 février 2018 (Wissous) de 10h00 à 17h00
- **Coût du stage** : 39 euros payable lors de l'envoi du dossier (à l'ordre du CDGE)
- **Modalités d'inscription** : Feuille d'engagement (dernière page) à renvoyer jusqu'au 28/01/2018
- **Retour dossier** (3 feuilles ci-dessous) pour les gymnastes retenues : Jusqu'au 14/02/2018



# COMITE DEPARTEMENTAL de GYMNASTIQUE de l'ESSONNE

Stage Départemental GAF du ..... au .....

Nom du Stagiaire	Prénom
Né(e) le :	à :
Adresse :	Code Postal : Ville :
Adresse mail :	
Tél. Dom. :	Tél. Professionnel des Parents:
Club :	N° de Licence (obligatoire) : ou photocopie de la licence

## Autorisation parentale

Je soussigné, \_\_\_\_\_ agissant en qualité de mère, père, tuteur autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer au stage organisé par le Comité Départemental de Gymnastique de l'Essonne du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ et j'accepte qu'elle soit transportée en car ou en voiture particulière si nécessaire.

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le .....



# COMITE DEPARTEMENTAL de GYMNASTIQUE de l'ESSONNE

Stage Départemental GAF du ..... au .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : M  F

**VACCINATION :** (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

ANTIPOLIOMYELIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCIN PRATIQUES	DATES
DT Polio		
DT Coq		
Tétracoq		
Une prise Polio		
RAPPELS		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATE
1 <sup>er</sup> VACCIN	
REVACCINATION	
AUTRES VACCINS	DATE

Si l'enfant n'est pas vacciné,

Pourquoi ? : .....

INJECTION DE SERUM	NATURE	DATES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(Maladies, Accidents, Crises convulsives, Allergies, Hospitalisations, Opérations, Rééducation)


RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

---

---

---

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? OUI  NON

SI OUI, LEQUEL ? .....

(Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance des médicaments).

---

### **RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM : .....PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TRAVAIL : ..... PORTABLE : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Adresse du Centre Payeur : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

---

### **OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR**

PAR LE MEDECIN  (qui indiquera ses coordonnées)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses coordonnées)

---

---

---

---

---



## FICHE D' ENGAGEMENT POUR LES STAGES DEPARTEMENTAUX

**Stage Départemental GAF du ..... au .....**

CODE INFORMATIQUE

N°Comité N°département N°association

2	3	0	9	1			
---	---	---	---	---	--	--	--

ASSOCIATION : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

CORRESPONDANT -NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

C.P. : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM	Année Naissance	N° Registre	Nom de l'entraîneur	La catégorie dans laquelle est engagée la gymnaste cette saison et Éléments travaillés à chaque agrès

**Date et Signature du Président de l'Association :**

Fiche à faire parvenir à Thérèse Natta : [atdgaf91@gmail.com](mailto:atdgaf91@gmail.com)  
 et à Audrey Breistroffer : [audrey.charrit@9online.fr](mailto:audrey.charrit@9online.fr)