



C. D. G. E.

Déclaré sous le N° 427
Bureaux : Maison des Comités Sportifs de l'Essonne
Bld Charles de Gaulle 91540 MENNECY

Mennecy le 09/01/2019

Objet : Stage Départemental GAM saison 2018/2019

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le dossier à compléter afin de participer au Stage Départemental de Gymnastique.

Liste des gymnastes sélectionnés ci joint (page 2)

Dates : du lundi 04 au vendredi 08 mars 2019 (5 jours)

Tarifs : 65 euros à l'ordre du CDGE

Lieu : Espace Atlantis sport - Salle Isabelle Sévérino, 24 rue Victor Bash 91300 Massy

Les horaires du stage sont de 10h00 à 16h30

Prévoir un panier repas, pas de possibilité de restauration.

Vous trouverez ci-joint un dossier d'inscription pour transmission à vos gymnastes. Le dossier est à retourner dûment rempli **au plus tard pour le 08/02/2019.**

Dossiers à envoyer à l'adresse suivante ou par Mail (atdgam91@sfr.fr)

MILANI Laurent ATD: 25 voie des Mares 91700 Villiers sur Orge

En cas de non participation de l'un de vos gymnastes, prévenir immédiatement :
(ATD GAM) Milani Laurent Tel : 06 09 09 19 98 ou par Email : atdgam91@sfr.fr

Comptant sur votre amicale collaboration, je vous prie d'agréer mes salutations sportives.

Milani Laurent
ATD GAM 91

Gymnastes sélectionnés Stage d'hiver 2019

Gymnastes sélectionnés du lundi 04 au vendredi 08 mars 2019			
	MON Prénom	année	Club
1	KELLAOU Meven	2009	Wissous
2	FONTVIEILLE Felix	2008	Massy
3	GADANHO Kylian	2008	COC
4	TYTGAT Pablo	2008	COC
5	BERGER Manoa	2007	COC
6	THIELLEUX Raphael	2007	COC
7	RIANT Antoine	2006	Massy
8	ISINGRINI Ivann	2005	COC
9	WEBER Thomas	2004	COC
10	DEJEAN Owen	2004	COC
11	JOLY Loris	2004	COC
12	SAPIR Oren	2004	COC
13	FONTVIEILLE Jules	2004	Massy
14	VERGUA Célian	2003	COC
15	SAPIR Noah	2002	COC
16	EAR Quentin	2001	COC
17	PALANQUE Maxime	2001	COC
18	FOULON Loan	2001	COC
19	MAYELLE Yannick	1999	COC
20	NOUCHET Victor	1997	COC
21	MATEUS Vincent	1995	COC
R	RESERVE		
R1	DALMASSO Rémi	2004	Massy
R2	POIRISSE Arno	2006	COC
R3	LEDOUX Sully	2008	COC
R4	STOUVENEL Marius	2009	Wissous
R5	TOURNUS Estéban	2010	COC
R6	BERGER Hoani	2010	COC
R7	MATEUS Batiste	1999	COC



C. D. G. E.

Déclaré sous le N° 427
Bureaux : Maison des Comités Sportifs de l'Essonne
Bld Charles de Gaulle 91540 MENNECY

Stage Départemental GAM saison 2018/2019

Nom du Stagiaire	Prénom
Né(e) le :	à :
Adresse :	Code Postal :
	Ville :
Tél. Dom. :	Tél. Professionnel des Parents:
Mail :	
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 04 au 08/03/2019, et j'accepte qu'il soit transporté en car ou en voiture particulière si nécessaire.

J'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

Signature

La fiche d'inscription et la **fiche sanitaire** dûment remplies sont **à retourner au plus tard le 08/02/2019** à Milani Laurent ATD : 25 voie des Mares 91700 Villiers sur Orge ou par Mail : atdgam91@sfr.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018/2019

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 ^{er} 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.

DATE :

SIGNATURE :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses coordonnées)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses coordonnées)
