



**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 18/12/2017

## **Objet : Stage Départemental GAM saison 2017/2018**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Veuillez 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 23 au vendredi 27 avril 2018 (5 jours)

**Tarifs** : 65 euros à l'ordre du CDGE

**Lieu** : Espace Atlantis sport - Salle 1, Sévérino, rue Victor Bash 91300 Massy  
(lieu en attente de confirmation)

**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 06/04/2018.**

**Dossiers à envoyer à l'adresse suivante :**

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 de Pâques 2018

Gymnastes sélectionnés du lundi 23 au vendredi 27 avril 2018			
	MON Prénom	année	Club
1	TYTGAT Pablo	2008	COC
2	KADANHO Kylian	2008	COC
3	PEIGNE Ethan	2008	COC
4	THEILLEUX Raphael	2007	COC
5	ISINGRINI Ezio	2007	COC
6	REGULUS Alexis	2007	COC
7	BERGER Manoa	2007	COC
8	GRODARD Mathys	2007	COC
9	PIARD Noah	2007	COC
10	BUREL-BES Axel	2007	COC
11	FONTVIEILLE Félix	2008	Massy
12	Poirisse Arno	2006	COC
13	ISINGRINI Evann	2005	COC
14	RIANT Antoine	2006	Massy
15	Fery Quentin Ethan	2005	Wissous
16	Roy Corentin	2005	Wissous
17	Dossamann Quentin	2006	Wissous
18	DEJEAN Owen	2004	COC
19	JOLY Loris	2004	COC
20	WEBER Thomas	2004	COC
21	SAPIR Oren	2004	COC
22	VERGUA Célian	2003	COC
23	DALMASSO Rémi	2004	Massy
24	GERMAIN Ryan	2004	Massy
25	FONTVIEILLE Jules	2004	Massy
26	SAPIR Noah	2002	COC
27	PALANQUE Maxime	2001	COC
28	FOULON Loan	2001	COC
29	BERNARD Bastien	2000	COC
30	MATEUS Baptiste	1999	COC
31	NOUCHET Victor	1997	COC
32	MATEUS Vincent	1995	COC
33			
34			
35			
36			



**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 2017/2018

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

### 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 23 au 27/04/2018, 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 06/04/2018** à Milani Laurent ATD: 25 voie des Mares 91700 Villiers sur Orge

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2017/2018

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.

DATE :

SIGNATURE :

---

**OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR**

---

PAR LE MEDECIN  (qui indiquera ses coordonnées)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR  (qui indiquera ses coordonnées)

---

---