



*Auxerre, le 07/11/2017*

**Objet : Invitation de toutes les joueuses nées en 2005 et 2006**

Chère Amie,

J'ai le plaisir de t'inviter à participer à un regroupement de perfectionnement de toutes les joueuses nées en 2005 et 2006 du comité de l'Yonne, à **11h le dimanche 19 novembre 2017 à Migennes.**

**Salle Municipale de l'Europe**  
**26, Avenue de l'Europe, 89400 Migennes**

**La fin du regroupement est prévue vers 16h30** au même endroit. Le repas de midi sera tiré du sac. Merci de prévoir le menu le plus diététique possible.

Tu es priée de **TE MUNIR DE TON AUTORISATION PARENTALE, d'une PIECE D'IDENTITE et de la PHOTOCOPIE DE TA CARTE VITALE.**

**Sans ces documents, tu ne pourras pas participer au regroupement.**

Pense également à apporter si possible UN BALLON **TAILLE 1.**

Pour tout renseignement complémentaire, nous te prions de bien vouloir nous contacter.

**Je te remercie de confirmer ta participation par téléphone au comité (06 88 81 71 14) ou par email : [ctf89@outlook.fr](mailto:ctf89@outlook.fr)**

Bien sportivement,

Philippe DE HAESE  
Conseiller Technique Fédéral



### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mr, Mme : \_\_\_\_\_

Père, Mère, Tuteur légal (1)

Téléphone : \_\_\_\_\_

Autorise mon fils, ma fille, mon pupille (1)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Licencié(e) au club de : \_\_\_\_\_

Sous le numéro : \_\_\_\_\_

### A participer à l'ensemble des stages et compétitions organisés par le Comité de l'Yonne de Handball sur l'année 2017.

Autorise le responsable du stage à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale y compris éventuellement l'hospitalisation.

M'engage à reverser au COMITE DE L'YONNE de Handball, en cas de maladie de l'enfant pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement. (Les frais médicaux sont remboursés en partie par la sécurité sociale)

Je signale, en outre que mon fils, ma fille, mon pupille (1) est assuré(e) en responsabilité civile :

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) Rayer la mention inutile

**Traitement médical en cours :**

.....  
.....

**Allergies :**

.....  
.....