



Auxerre, le 07/11/2017

Objet : Invitation de tous les joueurs nés en 2005

Cher Ami,

J'ai le plaisir de t'inviter à participer à un regroupement de perfectionnement de tous les joueurs nés en 2005 du comité de l'Yonne, à **10h le dimanche 19 novembre 2017 à Chablis.**

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

A l'issue de cette journée, 14 joueurs seront sélectionnés dans l'équipe qui représentera le comité de l'Yonne lors d'une matinée de détection inter-secteurs sous forme d'un tournoi avec le 58 et le Nord 21 le 26 novembre 2017.

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 prié 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

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 :

.....
.....