

## COMMISSION DE WATER-POLO

### Sélection Départementale (34) et Régionale

Suite aux différents entraînements qui se sont tenus, voici la liste des joueurs retenus pour le programme suivant :

Coupe inter départementale	⇒	Nice, les 23 et 24 avril 2011
Stage régional	⇒	Royan, du 25 au 29 avril 2011
Challenge Jean SEIGLE	⇒	Marseille, le 05 juin 2011
Challenge Alex BONNIOU	⇒	Sète, le 26 juin 2011
Challenge Joseph BERTRAND	⇒	Nice, 03 juin 2011
Coupe de France des régions	⇒	Cambrai, du 09 au 14 juillet 2011

DFCFS		MWP	
Legrand	Guillaume	Christiaens	Tom
Descamps	Alexandre	Vasseur	Bastien
Brouthier	Théo	Loiseau	Adrien
Nadim	Younes	Privat	Julien
Haddad	Walid	Redjala	Elias
Sanchez	Léo	Rouvière	Gaël
		Spilliaert	Marcel

Entraîneur: Agathe FREMAUX  
Dirigeant : Jean-Marie APPENZELLER

Le président de la commission Water-Polo

J.M APPENZELLER

le CTS

J. BRITTO

## Déplacement à Nice (inter départementale)

### Voyage en train

#### Départ le 22 / 04

à 13 h 12 de Sète (rendez-vous à 12h 45) ;

à 14 h 16 de Montpellier (rendez-vous à 13h 30)

#### Retour 24 / 04 (départ de Nice à 16h 35)

Montpellier 20h 32

Sète 20h 51

### Hébergement Lycée du Parc Imperial

## Stage de Royan

### Voyage en train

#### Départ le 25 / 04 (Prévoir un repas froid)

à 8h 54 de Montpellier (rendez-vous 8h 30)

à 9h 11 de Sète (rendez-vous 8 h 45)

arrivée à Saintes à 15h 24 ; reste du voyage en bus.

#### Retour le 29 / 04 (départ de Royan à 11h 35)

Sète 20h 49

Montpellier 21 h 04

### Hébergement

Centre municipal d'hébergement sportif

14 rue Henri DUNANT                      ROYAN

TEL : 0546052707

## *Autorisation parentale*

Pour l'année 2011 .

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandant une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République.  
**L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.**

Je soussigné(e), le responsable légal, Mr/Mme

Adresse

 Professionnel

 Domicile

 Portable

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant:

NOM / PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

N° DE SECURITE SOCIALE

N° DE CONTRAT D'ASSURANCE

***Personne à joindre en cas d'urgence***

Fait le

Signature du / des parents

**Précédée de la mention** « Lu & approuvé »

*Fiche de liaison médicale*

Cette fiche est destinée à permettre au médecin qui verra éventuellement votre enfant de connaître ses antécédents, les contre-indications éventuelles à un traitement, les problèmes particuliers.

**Cette fiche est soumise au secret médical. Elle doit être placée dans une enveloppe fermée, conservée, soit par l'enfant, soit par le responsable du déplacement et remise en cas de nécessité au médecin consulté.**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
GROUPE SANGUIN \_\_\_\_\_  
Club \_\_\_\_\_ Discipline : \_\_\_\_\_  
N° de licence \_\_\_\_\_

Antécédents chirurgicaux:

Interventions subies (date et nature):

Antécédents médicaux:

Maladies infantiles:

Maladies graves (date et nature)

Antécédents de suivi Kiné:

Allergies connues à des médicaments ou des substances diverses:

Vaccinations entreprises et dates de celles-ci:

*Traitements médicaux en cours (avec si possible photocopie de l'ordonnance):*

*Traitement Kiné:*

*Justificatifs thérapeutiques* OUI

NON

*Remarques que vous souhaitez porter à l'attention du Médecin:*

*Personne à prévenir en cas de nécessité:*