

**ZONE OUEST WATER POLO**  
**Patricia FONTANILLAS**  
**CTS zone ouest WATER POLO**  
E mail :p.fontanillas@neuf.fr  
tél:06.13.81.99.33

**A : Présidence et encadrement water polo des clubs de :**  
-CHARTRES-FLEURY-US MONTARGIS  
-ANGERS -CHOLET - LAVAL  
-CM HEROUVILLE-LE HAVRE- O ARGENTAN

RENNES le 07 janvier 2010

**WATER-POLO**  
**ZONE OUEST GARCONS 95 /96**  
**Sélection du 15 au 19 février 2010 à LAVAL**

**Madame la présidente,  
Monsieur le Président,  
Mesdames et Messieurs les responsables techniques et entraîneurs,**

Veillez trouver ci-joint la fiche d'information concernant le stage de water polo garçons 95-96 mis en place par la zone ouest à LAVAL du 15 au 19 février 2010 . Cette fiche est à transmettre aux familles concernées.

**OBJECTIF DE CE STAGE :** Sélection 2009-2010 en vue de la préparation de **l'interzones 2010 garçons à ISTRES du 22 au 24 mai 2010 (Pentecôte).**

Autres stages prévus pour les joueurs sélectionnés : du 12 au 16 avril 2010

La participation des joueurs aux stages sera une des conditions pour pouvoir prétendre à la sélection finale qui participera à l'interzones.

**Nombre de places disponibles :** 18 joueurs

Lieu : **LAVAL**

**Le rendez-vous est fixé le lundi 15 février à 12h au :**

**CREF**( centre d'éducation et de formation)

109 ave P de Coubertin 53000 LAVAL tél : 02.43.67.91.00

**La fin du stage est prévue le vendredi 19 février vers 16h à la piscine :**

**Piscine ST NICOLAS**

137 bd Jourdan 53000 LAVAL tél : 02.43.53.19.65

Les joueurs doivent se munir d'une tenue de sport en vue d'activités extérieures, de travail en salle ainsi que d'une tenue type peignoir pour les créneaux d'entraînement en extérieur.

Les frais du stage de sélection seront pris en charge par la zone ouest. Restent à la charge des joueurs, clubs ou comités les frais de déplacements pour se rendre sur le lieu de stage.

Veillez trouver ci-joint :

**1) La liste des joueurs**

**2) Un coupon réponse à renvoyer par mail à :p.fontanillas@neuf.fr pour le 22 janvier dernier délai.** Un point sera fait lors de la commission de zone le 23 janvier.

**3) Une fiche médicale de liaison à remplir obligatoirement (merci de bien vouloir la remplir dans son intégralité, avec toutes les précisions demandées)**

**4) Une autorisation parentale à remplir si cela n'a pas été fait pour cette saison sportive**

Ces deux derniers documents sont à remplir et à **remettre impérativement** à Patricia FONTANILLAS **pour l'ouverture du stage.**

*Meilleurs vœux de santé, de bonheur et de réussite à toutes et à tous.*

Cordialement

Patricia FONTANILLAS

CTS zone ouest water-polo

**WATER-POLO**  
**STAGE ZONE OUEST G 95-96**  
**LAVAL**  
**15 AU 19 FEVRIER 2010**

1	CHARTRES	POIRIER	Maxime	1995
2	CHARTRES	LATKOWSKI	victor	1995
3	US MONTARGIS	KALAWSKI	Benjamin	1995
4	FLEURY	SAUDADIER	Olivier	1995
5	FLEURY	SANCHEZ	David	1995
6	CHOLET	BONNET	Teddy	1995
7	CHOLET	JOUANNY	Théo	1995
8	CHOLET	GRABOWSKI	Fabien	1995
9	CHOLET	GELINEAU	Quentin	1996
10	ANGERS WP	BRAULT	Louison	1996
11	ANGERS WP	LAFURIE	Hugo	1995
12	ANGERS WP	BESSARD	Jules	1995
13	ANGERS WP	RUAU	Jean-baptiste	1995
14	LAVAL	CHEKROUN	Ibrahim	1995
15	O ARGENTAN	HARTEL	Wout	1995
16	CM HEROUVILLE	BOITEL	Hugo	1995
17	CM HEROUVILLE	LEGOUBEY	Antoine	1995
18	LE HAVRE	GEORGES	Louis	1995

	CENTRE	5
	PAYS DE LA LOIRE	9
	NORMANDIE	4
	BRETAGNE	0

**ZONE OUEST WATER POLO**

**Stage de sélection « interzones 2010 G 95-96 »**

**COUPON REPONSE** STAGE WP G 95-96 à LAVAL du 15 au 19 février 2010.

Pour les mineurs :

Je soussigné, Madame, Monsieur (nom, prénom) :

tuteur légal de NOM :

PRENOM :

CLUB :

confirme qu'il : \*PARTICIPERA

\*NE PARTICIPERA PAS

\*( supprimer la mention inutile)

au stage organisé par la zone ouest water-polo qui se déroulera à LAVAL du lundi 15 février au vendredi 19 février 2010.

**Retour de ce document complété  
au plus tard le 22 janvier 2010 par mel à :**  
[p.fontanillas@neuf.fr](mailto:p.fontanillas@neuf.fr)

**ZONE OUEST water-polo**

Fédération Française de Natation  
148 avenue Gambetta  
75020 PARIS  
☎ : 01.40.31.17.70 ☒ : 01.40.31.19.90



**PHOTO  
(sauf si elle a  
déjà été  
fournie en  
2008-2009)**

**AUTORISATION PARENTALE**

Pour l'année 2009 /2010

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

JE SOUSSIGNE (E), LE RESPONSABLE LEGAL, MR/MME .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ Professionnel : .....

☎ Domiciles:.....

☎ Portable : .....

☎ Autre et ou mel : .....

**Autorise** mon enfant à effectuer des activités physiques autre que la natation et de prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs (transports en commun, minibus, véhicule personnel)

**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/PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE : .....

☎ Professionnel : .....

☎ Domiciles:.....

☎ Portable : .....

Joindre sous enveloppe les indications que vous jugerez nécessaire de porter à la connaissance du médecin.

Fait le,.....à : .....

Signature du/des parent (s)  
Précédée de la mention "Lu et approuvé"

**ZONE OUEST water-polo**

Fédération Française de Natation  
148 avenue Gambetta  
75020 PARIS  
☎ : 01.40.31.17.70 ☒ : 01.40.31.19.90



**CONFIDENTIEL :**

**FICHE MEDICALE DE LIAISON**

**DOCUMENT A REMPLIR POUR STAGE :** .....

**COMPETITION :** .....

**DISCIPLINE :** WATER POLO ..... **CLUB :** .....  
**N° de licence :** .....

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse complète :** .....

**Date de naissance :** .....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

**GROUPE SANGUIN : RH :**

**Antécédents- Médicaux**(date et nature):  
maladies infantiles  
maladies graves

**Chirurgicaux** (date et nature):

**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 A JOINDRE EN CAS D'URGENCE Mr/Mme:** .....

☎ **Professionnel :** ..... ☎ **Domicile:**.....

☎ **Portable :** .....

- Médecin traitant Dr. :----- Tél :----- Fax :-----Email :-----  
- Kinésithérapeute traitant :----- Tél :----- Fax :-----Email :-----