



**Dossier suivi :**  
Jean Michel LEFRIEC  
Thierry BOULONNOIS

## **STAGE REGIONAL** **PREPARATION AUX CHAMPIONNATS DE FRANCE** **MINIMES**

### **FICHE DE PRESENTATION**

Lieu : **BREST**

Effectif : **24 nageurs maximum de l'extérieur de Brest.**

Date du stage : **Pour les minimes : du 6 juillet dans l'après midi, au 15 juillet 2013 au matin.**

Entraînement biquotidien :

- 2 x 2 heures de travail (en bassin de 50 mètres couvert).
- Modulable en fonction de la préparation terminale de chacun.
- Dégressif à l'approche de la compétition.

Des activités annexes sont prévues.

Encadrement : sera assuré par Morgan DUFOUR, Jean Michel LEFRIEC, Steven DEYRES, Thierry BOULONNOIS.

Hébergement : En pension complète : à l'hôtel KIRIAD et au restaurant l'ENCLOS.

Condition de participation : Les nageurs présents à ce stage doivent obligatoirement participer aux championnats de France Minimes (en individuel ou en relais).

Coût financier : pour 10 jours de stages, le coût réel est de 640€

- Pour les nageurs non inscrits sur la liste ministérielle : **coût demandé : 320€ le reste étant pris en charge par le Comité Régional.**
- Pour les nageurs inscrits sur la liste ministérielle : **coût demandé : 160€ le reste étant pris en charge par le Comité régional.**

Les déplacements du domicile du nageur au lieu du stage à Brest et de Brest à Béthune, lieu des championnats, seront organisés et pris en charge par les parents, ou les clubs.

**Date limite des inscriptions : Le samedi 15 juin 2013.**

Pour tout renseignement complémentaire, contacter M. BOULONNOIS Thierry au :  
07.86.76.65.48 ou par mail : [boulonnois.thierry@neuf.fr](mailto:boulonnois.thierry@neuf.fr)





## **FICHE DE LIAISON MEDICALE**

**(à joindre obligatoirement à la feuille d'inscription, sous enveloppe)**

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 par le responsable du déplacement et remise en cas de nécessité au médecin consulté.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

GROUPE SANGUIN :

ADRESSE :

TELEPHONE :

CLUB :

NUMERO DE LICENCE F.F.N :

Antécédents chirurgicaux : (interventions subies, date et nature)

Antécédents médicaux :

Maladies infantiles :

Maladies graves :

Antécédents de suivi kiné :

Allergies connues à des médicaments ou des substances diverses :

Vaccination entreprises et dates de celles-ci :

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

Traitement kiné :

Justificatifs thérapeutiques :

Remarques que vous souhaitez porter à l'attention du médecin :

**Personne à prévenir en cas de problèmes :**