



CENTRE DE PERFECTIONNEMENT GARDIENNE DE BUT

OUVERT AUX GARDIENNES NEES EN 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

Au Complexe Sportif District de Colpo

Kergillet 56390 COLPO

Mercredi 21 Octobre de 14H15 à 16H30

Objet : centre de perf gardien(ne)s de but

Lorient, le 29 Septembre 2020

Dans le cadre de l'animation du territoire Morbihannais, le District propose des entraînements spécifiques gardien de but ou gardienne de but ouvert d'U9 à U13, nous vous prions de bien vouloir remplir les renseignements demandés en page 1 et 2 de l'autorisation parentale.

- ∞ Madame/Monsieur : _____
- ∞ Numéro de licence : _____
- ∞ Du club de : _____
- ∞ Le Mercredi 21 Octobre au Complexe sportif District de Colpo
- ∞ Kergillet 56390 COLPO

Vous voudrez bien vous présenter à :

☞ **14H15 : Complexe sportif District de Colpo**

Organisation de la journée :

- 14H15 : Accueil et Présentation de l'objectif Départemental et Régional,
- 14H30 à 16H15 : Séance spécifique gardien,
- 16H15/16H30 : Fin de la séance.

Vous voudrez bien vous munir de votre tenue de gardien et de vos baskets. (terrain en herbe)

Ci-joint la fiche d'autorisation parentale à retourner par mail à TECHNIQUE@FOOT56.FFF.FR pour :

Le LUNDI 19 OCTOBRE 2020 - dernier délai OU à ramener le jour du rassemblement en ayant, au préalable, prévenu de votre présence par mail à l'adresse mail ci-dessus.

Enfin, seul le joueur ayant retourné l'autorisation parentale pourra participer à cette détection.
Sentiments sportifs les meilleurs.

Pour un contact direct : tberthier@foot56.fff.fr

L'EQUIPE TECHNIQUE DU MORBIHAN



**FICHE DE PARTICIPATION A RAMENER IMPERATIVEMENT
LE 21 OCTOBRE 2020 AU CENTRE DE PERFECTIONNEMENT**

PRENOM : _____ NOM : _____

Adresse : _____

Et n° de Téléphone parentale : _____ - _____ - _____ - _____

Numéro de licence FFF : _____

NOM du Club : _____

Coordonnées de ton Educateur : NOM _____ Prénom _____

Et ses coordonnées téléphoniques : _____ - _____ - _____ - _____

Section Sportive : ☐ OUI ☐ NON

Nom de la Section : _____ à _____

Nombre d'entraînement **spécifique gardien par mois** : (entourer le nombre)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - +4

Coordonnées de ton **Educateur spécifique gardien** : NOM _____ Prénom _____

Pied : (entourer la bonne latéralité) DROIT GAUCHE

Niveau de pratique : _____

**Je soussigné M. (Père - Mère ou Tuteur) autorise ma fille _____ à participer
à l'entraînement spécifique gardien(ne)s qui se déroulera à COLPO le Mercredi 21 Octobre.**

**Par ailleurs, j'autorise le médecin responsable à pratiquer ou faire pratiquer toute intervention
indispensable, même sous anesthésie générale et à donner les soins nécessaires en cas d'urgence.**

SIGNATURE D'UN OU DES PARENT(S),