



**Benoît BAGUELIN**  
*Directeur Technique Zone Ouest*  
4 bis, rue Jacqueline Auriol  
35131 CHARTRES DE BRETAGNE  
Fax : 02.99.41.30.51  
Port : 06.03.43.71.36  
E.mail : [baguelin.ffgym@wanadoo.fr](mailto:baguelin.ffgym@wanadoo.fr)

Rennes, le 15 octobre 2007

Fédération Française de Gymnastique  
*Zone Ouest*

**Destinataires :**

- **clubs concernés (voir liste) pour diffusion gymnastes concernées**

Réf : DTZ/2007-2008/034  
Affaire suivie par Benoit BAGUELIN au 0603437136

**Objet : Regroupements Coupe Formation 4 G.R Zone Ouest  
2007/2008**

**Madame, Monsieur,**

Afin de suivre l'évolution des gymnastes engagées en Coupe Formation 4 tout au long de l'année, je souhaite organiser 3 regroupements Zone qui répondront à différents objectifs sportifs.

**Dates des 3 regroupements :**

- **Dimanche 4 novembre 2007**
- **Samedi 17 février 2008**
- **Samedi 22 et dimanche 23 Mars 2008**

**Lieux :**           **Rezé pour le premier regroupement**  
                          **Brest pour les deux autres**

**Horaires :**       de 10h à 17h

**Gymnastes concernés** : voir liste jointe

*Il est fortement souhaitable que les entraîneurs des gymnastes concernées soient présents.*

**Encadrement Zone :** Camille SOULOUMIAC (responsable Zone CF4); Armelle SOULIER (professeur de danse classique); Céline LEBON (ancienne responsable Zone CF4)

**Prises en charges :**

La Zone ouest prendra en charge le repas du midi pour l'ensemble de l'encadrement présent y compris les entraîneurs des clubs représentés. C'est pourquoi il est demandé de confirmer les présences au DTZ au plus vite.

**Coût pour gymnaste :** pas de frais demandé aux gymnastes. Cependant, ils doivent apporter leur pic nique pour le repas du midi.

Afin de pouvoir organiser au mieux ces regroupements, je vous demande de bien vouloir confirmer à l'aide du coupon réponse ci-joint la participation des gymnastes de votre club. ***Les gymnastes doivent s'engager à participer aux 3 regroupements.***

Vous trouverez également une fiche d'autorisation parentale à remplir et remettre dès votre arrivée à Camille SOULOUMIAC.

Vous en souhaitant bonne réception, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur l'expression de nos salutations sportives.

**LE D.T.Z**  
**B.BAGUELIN**

**LE D.A.Z**  
**C.MERLET**

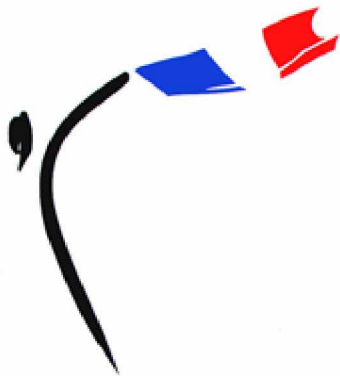
Copie : Comités Régionaux- DTRG - CTE- Colette DALBON- C. SOULOUMIAC

D.A.Z : Claude MERLET, 20 rue de Rouillac 16100 Cognac  
Tél : 05.45.32.15.86  
Fax : 05.45.32.60.33  
E.mail : [merlet.claude@wanadoo.fr](mailto:merlet.claude@wanadoo.fr)

# LISTE C.F 4 ZONE OUEST 2007/2008

1. BOUVIER Constance	SNOS St NAZAIRE
2. KONG Keshumie	SNOS St NAZAIRE
3. GOURMELEN Marianne	QUIMPER
4. HAVARD Appoline	QUIMPER
5. LE BERRE Laurine	QUIMPER
6. LE MILLER Romane	QUIMPER
7. TE Ludivine	QUIMPER
8. LE PEMP Ornella	QUIMPER
9. RIOU Laëtitia	QUIMPER
10.RIVOAL Maëva	BREST IROISE
11.LEON Anna	BREST PONANT
12.COROLLEUR Chloé	BREST PONANT
13.DILLESEGER Caroline	BREST PONANT
14.FRACHON Amélie	BREST PONANT
15.BOUVARD Manon	BREST PONANT
16.DUEYMES Albane	BREST PONANT
17.LE QUAN THO Julie	BREST PONANT
18.SUTOUR Lisa	BREST PONANT
19.LE MERRE Romane	LANDEDA





Fédération Française de Gymnastique  
*Zone Ouest*

## AUTORISATION PARENTALE

**Je soussigné, Monsieur ou Madame.....**

**Père, mère, tuteur de,**

**NOM : ..... PRENOM:.....**

**Né(e) le : .....**

**N° DE SECURITE SOCIALE : .....**

**Demeurant à : .....**

**Téléphone : .....**

**Groupe Sanguin :**

**Allergies ou traitement particulier :**

**1 ) Déclare autoriser ma fille, à participer aux différentes activités proposées durant les regroupements Coupe Formation 4 organisés par la Zone Ouest:**

**du 4 novembre 2007 à REZE de 10h à 17h**

**du 17 février 2008 à BREST de 10h à 17h**

**du 22 et 23 mars 2008 à BREST de de 10h à 17h**

**2 ) Déclare autoriser Melle SOULOUMIAC Camille, responsable du stage à faire pratiquer sur le mineur, les interventions chirurgicales d'urgences éventuelles, sous anesthésie, selon les prescriptions du médecin.**

**OUI\***

**NON\***

**Le signataire voudra bien ajouter de sa main au dessous de la date, la mention  
« LU ET APPROUVE, BON POUR AUTORISATION »**

**A .....Le.....**

**SIGNATURE**

**\* Rayer les mentions inutiles**

D.A.Z : Claude MERLET, 20 rue de Rouillac 16100 Cognac  
Tél : 05.45.32.15.86  
Fax : 05.45.32.60.33  
E.mail : merlet.claude@wanadoo.fr