

St-Yrieix-sur-Charente, le 14 février 2017.

Madame, Monsieur,

Le comité départemental a validé la sélection définitive qui portera les couleurs de la Charente pour la coupe des départements les 4 et 5 mars prochain à La Rochelle.

Nous avons le plaisir de vous annoncer la sélection de votre enfant dans cette équipe. De nouveau, merci de confirmer sa participation, au plus vite, au comité départemental, à l'attention de Guillaume MERLE (natationcharente@live.fr ou 06.34.63.00.49).

Attention : tous les nageurs sélectionnés sont attendus pour un entraînement commun le mercredi 1^{er} mars de 14H à 16H30 à COGNAC.

L'organisation du déplacement les 4 et 5 mars se fera sous la responsabilité du comité départemental. Les nageurs seront pris en charge par l'encadrement du lieu de départ le samedi matin jusqu'au retour le dimanche après-midi.

Le responsable du groupe sera M. Guillaume MERLE (COMITE CHARENTE)

L'encadrement sera complété par :

- Mlle Marjorie JOUBERT (COGNAC)
- M. Quentin CURE (RUFFEC)
- M. Yoann CHESNEAU (ANGOULEME)

Le rendez-vous de l'équipe est fixé le **samedi 4 mars à 9H00** à Cognac (piscine).

- Entraînement de 10H30 à 12H à La Rochelle.
- Hébergement et restauration : Auberge de Jeunesse de La Rochelle
(*Draps et couvertures fournis*)
- La compétition se déroule le samedi après-midi et le dimanche matin.
- Retour prévu dimanche, après le déjeuner, en début d'après-midi (autour de 14H30).

Chaque nageur devra apporter l'autorisation parentale ci-jointe.

Une participation financière de 50 € par nageur sera facturée directement aux clubs.

Le comité sollicite les parents officiels qui se déplaceront à La Rochelle. Nous devons présenter au minimum deux officiels le samedi après-midi et deux le dimanche matin.

Pour toutes autres questions liées à ce regroupement, merci de prendre directement contact avec Guillaume MERLE (06.34.63.00.49).

Félicitations à tous les nageurs et bonne compétition !

Annick DELFOSSE
Présidente
COMITE CHARENTE NATATION



La sélection a été faite sur la base des performances réalisées par les nageurs sur les épreuves programmées lors de cette compétition : 100 NL, 200 NL, 100 Dos, 100 Brasse, 100 Papillon et 200 4N.

- Le premier et la première de chaque course ont automatiquement été sélectionnés.
- Si nous n'avions pas 4 nageurs ou nageuses, le ou la deuxième a également été retenu.
- La sélection des remplaçants est faite selon des critères plus larges, en concertation avec les entraîneurs de club (motivation, l'implication quotidienne, l'assiduité...)

Toute sélection demande de faire des choix à un instant T. Ce n'est ni une finalité pour les nageurs sélectionnés, ni un échec pour les nageurs non sélectionnés.

Liste des nageurs sélectionnés :

Equipe Fille

ARC-CHAGNAUD	Jorane	2006	ANC
BOUYER	Aaliyah	2006	ANC
CAN	Laurine	2005	DC
DI LEONARDO	Lola-Marie	2006	DC
FAURE	Pauline	2004	CNTC
FRANCISCO	Natacha	2005	ANC
GIRARD	Kyra	2004	DC
HIANE	Dina	2005	ANC
LEGER	Celia	2005	ANC
MARCHAND	Maud	2006	CNTC
MONTARSOLO	Louise	2004	DC
PIERGENTILI	Fiona	2004	DC
RINGUET	Amélie	2004	CNTC
SIMON	Julie	2005	ANC

Equipe Garçon

BOUHADJAR	Anouar	2004	CNR
BUSSEREAU	Louis	2003	DC
CHAIGNEAU	Tobias	2005	CNR
GALIENNE	Louis	2005	ANC
GRENET	Gabriel	2005	DC
GUYON	Melvin	2004	DC
MAZOUIN	Clément	2005	CNTC
ORY	Liocha	2003	ANC
RIBON-CHAUDAT	Lochlan	2004	CNTC
ROUCHOUSE	Martin	2003	ANC
SCHITTLY	Maxence	2005	ANC
SOULARD	Loan	2003	ANC
TIPHONNET	Raphael	2004	ANC



AUTORISATION PARENTALE

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 pour enfant ou au procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussignée, le responsable légal, M/Mme.....

Adresse :

Numéros de téléphone :

Domicile : /..... /..... /..... /.....

Portable : Père : /..... /..... /..... /..... Mère : /..... /..... /..... /.....

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à pratiquer toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessite l'état de santé de mon enfant et autorise le responsable du Comité départemental à récupérer mon enfant à la sortie de l'hôpital.

Nom / Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité social :

Nom et N° de Mutuelle :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Fait le : à

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »