

Championnat Régional de Futsal

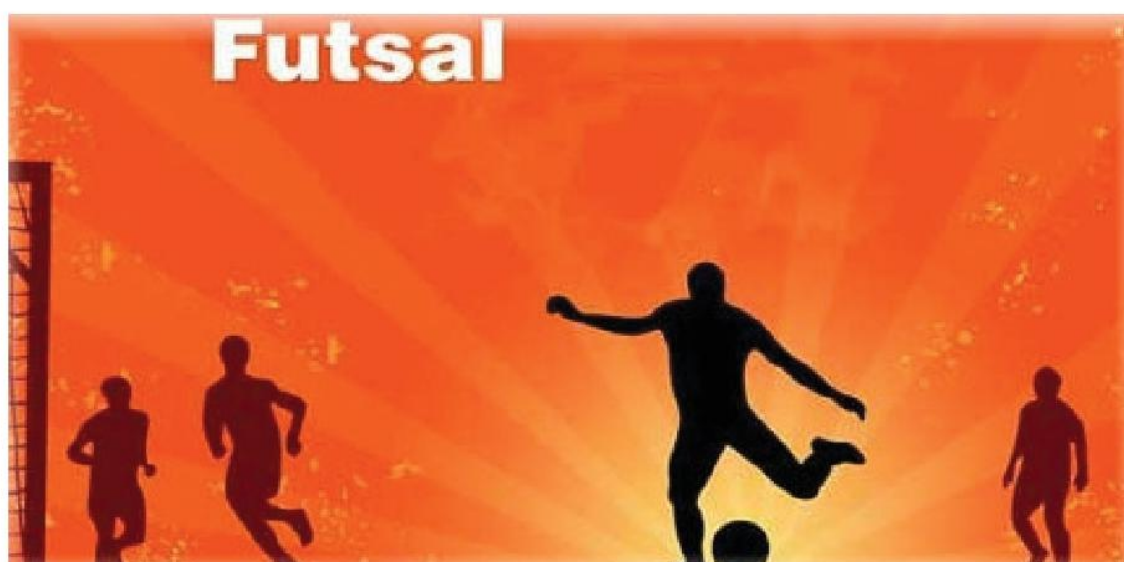
SPORT ADAPTE

Qualificatif pour le championnat de France

Gymnase Carpentier

rue de la terrasse prolongée

91200 ATHIS-MONS



Contact : Didier SABAT

dpsabat@free.fr

portable : 06 61 86 41 68

Pour toutes inscriptions, vous
veillerez à préciser :

- le nombre d'équipes que vous souhaitez engager
- la division qui correspond au niveau de votre équipe (D1, D2, D3)

Samedi 26 novembre 2016 (9h30-17h)

Buvette prévue

Formule repas : sandwich, boisson, pâtisserie 4€

A commander à l'inscription des équipes



CNDS
CENTRE NATIONAL
POUR LE
DÉVELOPPEMENT
DU SPORT



Ville d'Athis-Mons



CHAMPIONNAT REGIONAL ILE DE FRANCE 2016 FUTSAL SPORT ADAPTE

Ce championnat est organisé par l'Union Sportive Olympique d' Athis-Mons en collaboration avec le Comité Départemental Sport Adapté 91.

Enregistrement des inscriptions :

Les Sportif ne seront officiellement inscrits qu'à réception du dossier d'inscription dûment complété.

Aucun remplacement d'un athlète par un autre ne pourra être autorisé.

Les dossiers seront enregistrés à partir de leur date de réception.

Ces documents devront être envoyés au plus tard le **20/11/2016** à l'adresse suivante :

Comité Départemental du Sport Adapté de l'Essonne
Maison Départemental des Comité Sportifs
62 bis boulevard Charles de Gaulle
91540 Mennecey

Ou

Par mail : jerome.cd91@gmail.com

Ou

dpsabat@free.fr

Inscriptions et engagements :

Le responsable de l'association est chargé de compléter le dossier et de le faire parvenir au Comité au plus tard le **20/11/2016**.

Ce dossier comprend :

- La fiche d'engagement de l'équipe
- La fiche d'inscription de l'association
- La licence FFSA 2016/2017 de chaque athlète

Tout athlète sans licence ni certificat médical valide ne pourra concourir.

Les engagements ne seront pas validés si la licence 2016/2017 n'est pas renouvelée au moment de l'inscription.

Le lieu de la compétition :

L'accueil se fera **le samedi 26 novembre 2016 à 9h30**

Toutes les délégations devront se présenter durant cette tranche horaire afin de confirmer les inscriptions et recevoir l'ensemble des documents relatifs aux épreuves. Il sera effectué une vérification, à partir des listes d'inscription : des engagements pour la compétition,

Echauffement et compétition :

La compétition débutera le samedi à **9h30** précise et se déroulera toute la journée.



CNDS
CENTRE NATIONAL
POUR LE
DÉVELOPPEMENT
DU SPORT



Ville d'Athis-Mons



Épreuves :

L'ordre de passage définitif de compétition sera communiqué aux entraîneurs au début de la compétition. En conséquence, ceux-ci s'engagent à présenter leurs sportifs au bord des aires de combats dès l'annonce faite par le speaker. Tout athlète non présent à l'heure sera déclaré forfait.

Rappels :

Ce championnat est une compétition qualificative pour les Championnats de France de FUTSAL Sport Adapté 2017, en conséquence et ce dès l'inscription, l'entraîneur s'engage à respecter les critères d'engagements dans les divisions, prévus par le règlement FFSA. Un retour sur un mauvais choix de division pourra lui être fait en fin de compétition, interdisant au lutteur de concourir lors de la Compétition Nationale.

Le premier de chaque épreuve de division est proclamé officiellement : "Champion régional "



Ville d'Athis-Mons



CHAMPIONNAT REGIONAL ILE DE FRANCE 2016 FUTSAL SPORT ADAPTE

Fiche d'inscription de l'association

Identité de l'association :

N° affiliation : _____

Nom de l'association _____

Nom du responsable délégation _____

Personne à contacter : _____

Tél. : _____

E-mail : _____ @ _____

Adresse - Code postal - Ville : _____

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e), _____ représentant(e) légal(e) de _____, agissant en son nom, autorise : _____

- les Responsables de la commission médicale à prendre toutes les décisions utiles en cas de maladie ou d'accident, l'hospitalisation et au besoin l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.

La présente autorisation est personnelle et incessible.

Fait à Le / /

Signature :

(un par participant)

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), _____ représentant(e) légal(e) de _____, agissant en son nom, autorise : _____

- le USOAM Sport Adapté et le CDSA 91 à diffuser et à publier l'image de l'athlète, son nom, sa voix et ses paroles dans les supports « Communication » ou les médias.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par mes soins et par écrit.

La présente autorisation est personnelle et incessible.

Fait à Le / /

Signature :

(un par participant)

