

REGROUPEMENT GAM -
FECAMP
Samedi 26 Novembre 2011

Nom du CLUB _____
Adresse du CLUB _____

Nom de la personne à contacter si nécessaire
Mr-Mme _____ Tél : _____

NOM	PRENOM	N°LICENCE	ANNEE NAISSANCE	NIVEAU GYMNIQUE (mouvements)	Est-ce votre première participation à ce stage ?

Entraîneur du club présent : oui non
Si oui le nom : _____

Inscription :
5, 00 x _____ (nbr. de candidats) = _____ €

**Merci de joindre un chèque correspondant libellé à l'ordre du « Comité
Départemental de Seine-Maritime FFG » avant le 26 Octobre 2011**

**A RETOURNER AU COMITE DEPARTEMENTAL
13 Rue Malherbe 76100 ROUEN**