



Fédération Française de Natation
Reconnue d'utilité publique (Décret du 7 juillet 1932)
Comité de Champagne-Ardenne

Comité Aube Natation

Tél. & Fax : 03.25 41 95 11 - E-mail : comite-aube.natation@wanadoo.fr
Site : www.sport-troyes.com/aube-natation



Mme. ELTER-LAFFITTE Véronique
18 rue de Beaulurey
10 800 Mousey
03 25 41 95 11
E. mail : elter-laffitte.veronique@orange.fr

Troyes le 19 Avril 2011

Mesdames, Messieurs ,

Vous avez ci-joint les informations pour la

14^{ème} Traversée du Lac d'Orient
Etape de la Coupe de France 2011 de Natation Eau Libre

qui aura lieu le **Dimanche 10 Juillet 2011**.

Permettez moi d'apporter quelques renseignements complémentaires au sujet de cette épreuve.

- Elle peut intéresser vos sociétaires, jeunes nageurs, nageurs confirmés et aussi la catégorie Maîtres,
- Ils peuvent participer aux 1500 mètres pour s'essayer à cette discipline
- Ou le 500 mètres pour passer le PASS'COMPETITION Eau Libre ou comme épreuve découverte et ce avant de se lancer sur un 5000 mètres.

Vous trouverez ci-dessous le règlement et la fiche d'inscription.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire veuillez croire, Madame, Monsieur, en mes cordiales et sportives salutations.

Véronique ELTER-LAFFITTE
Présidente du Comité Aube Natation

Comité de Champagne-Ardenne

Comité Aube Natation

FICHE D'INFORMATION

14^{ème} Traversée du lac de la forêt d'Orient
Triangle Dominique DAMOISEAU

Date de la Manifestation : **Dimanche 10 Juillet 2011**

Site : **Lac d'Orient**

Distances/Catégories :

Coupe de France et championnat régional (Benjamins à Maîtres *) : **5 km**

Coupe de France et championnat régional (Benjamins à Maîtres *) : **1500 m**

* Non cumulable

Pass'compétition : Poussins et après (présentation du Pass'Sports de l' Eau) **500 m**

Epreuve découverte toutes catégories : **500 m**

Formalités

Licences FFN, FF. Tri ou certificat médical obligatoire pour les non-licenciés précisant « apte à la pratique de la natation en Eau Libre »

Fiche médical obligatoire pour les mineurs.

Horaires des départs

Coupe de France 5 Km. : 10h30 - Briefing 9h30

Coupe de France 1500 M. : 15h00 - Briefing 14h30

Pass'Compétition 500 M : 16h00 - Briefing 15h45

Lieux et Heures des rassemblements

Coupe de France 5 Km. : Maison des Lacs à Mesnil St Père à partir de 9h00

Coupe de France 1500 M. : A.E.P.A. Presqu'île de La Picarde à 14h00

Pass'Compétition/épreuve découverte : A.E.P.A. Presqu'île de La Picarde à 15h30

Engagements

Date limite: Dimanche 26 Juin (et engagement sur place selon Disponibilité avant 9h45)

Montant: 12€ avant le 27 Juin et 15€ sur place A l' ordre du Comité Aube Natation

Pass'compétition 5€ public ou licencié

Lieux et Heures des Remises de récompenses

Coupe de France : 12h30 Presqu'île de la Picarde

Championnats Régionaux : 16h00 Presqu'île de la Picarde

Contact

Comité Aube Natation

18 Rue de Beaulurey

10800 MOUSSEY

Véronique ELTER-LAFFITTE

Tel : 03.25.41.95.11 - 06 80 63 87 30

E.mail : [: comite-aube.natation@wanadoo.fr](mailto:comite-aube.natation@wanadoo.fr)

Comité de Champagne-Ardenne
Comité Aube Natation

FICHE D'INSCRIPTION

14^{ème} Traversée du lac de la forêt d'Orient OPEN
Triangle Dominique DAMOISEAU

NOM : PRENOM

DATE DE NAISSANCE : AGE : ans

NATIONALITE CATEGORIE : Homme
 Femme

NUMERO DE LICENCE FFN:

TRI :

Certificat médical :

ADRESSE :

TEL :

DISTANCE : 5km 1500m 500m

CLUB : CHAMPAGNE-ARDENNE oui
 Non

ADRESSE DU CLUB :

REGLEMENT : Chèque Espèces Joint Sur place

JUSTIFICATIF : Oui Non

.....

RESERVATION PLATEAUX REPAS (10€) : Nombre :

Comité de Champagne-Ardenne
Comité Aube Natation

Coupe de France d'Eau Libre

Feuille médicale

Comité Départemental de Natation de L'Aube

☞ Autorisation parentale d'intervention chirurgicale urgente dans le cadre d'une compétition organisée par le Comité Départemental de Natation de l'Aube, sous couvert de la Fédération Française de Natation.

NOM du Nageur : **Prénom** :

Club :

Date de naissance : **Lieu** :

Adresse du nageur

.....

Tél. : **Portable** :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom **tél.** **Portable**

Adresse et qualité du responsable de l'enfant :

..... **N° sécurité sociale**

Assurance complémentaire

Problèmes particuliers : Allergies alimentaire et médicamenteuse. Traitement médical en cours

.....

.....

Date de vaccination antitétanique

Médecin traitant **tél.**

Date :

Signature :