



# COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE SEINE-MARITIME DE TENNIS DE TABLE



## STAGE D'ENTRAÎNEMENT

⇒ *Poussins, Benjamins, Minimes, Cadets, Juniors Garçons et Filles*

- Montivilliers -

### ● Renseignements sur le stage

-Lieu : salle Christian Gand, rue Henri Matisse, 76290 MONTIVILLIERS

-Durée : 3 jours (de 9h30 à 16h 30)

-Dates de stage : Lundi 20 au Mercredi 22 Février 2023

-Participation Financière : 40 euros pour le stage.

- Repas : chaque joueur devra se munir d'un panier repas pour le déjeuner.

- Mesures sanitaires : Du gel hydro-alcoolique sera disponible à l'entrée du gymnase, mais nous vous demandons d'en apporter pour une utilisation individuelle régulière pendant le stage.

### ● Date limite des inscriptions :

Merci de bien vouloir retourner vos inscriptions **avant le Jeudi 09 février 2023** à l'adresse suivante (ou par mail)

A l'attention de John BLANCHARD  
Comité Départemental de Seine-Maritime  
De tennis de table  
7b avenue F Roosevelt  
76120 LE GRAND QUEVILLY  
Mail: blanchard-j@wanadoo.fr

### ● Récapitulatif financier :

Nombre d'enfants inscrits .....x 40.00 €

Total à prélever : .....Euros

### ● Règlement :

Une facture sera adressée à votre club à la fin du stage **pour prélèvement par la suite**.

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre le secrétariat au numéro suivant : 02 35 67 37 11

Attention : les places pour ce stage sont limitées, l'ordre d'arrivée des inscriptions sera pris en compte.



COMITÉ DÉPARTEMENTAL  
DE SEINE-MARITIME DE TENNIS DE TABLE



**FICHE D'INSCRIPTION (stage Montivilliers, février 2023)**

Nom.....Prénom .....

Date de naissance : .....Sexe .....

Numéro de licence : .....Catégorie : .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

N° de Téléphone : ..... Club .....

**J'autorise**

**Je n'autorise pas**

Les responsables du stage à faire pratiquer toute anesthésie ou toute intervention  
Chirurgicale qu'il jugera indispensable en cas d'urgence.

Contre-indication médicale éventuelle : .....

A..... le .....

Signature des parents

**FICHE D'INSCRIPTION (stage Montivilliers, février 2023)**

Nom.....Prénom .....

Date de naissance : .....Sexe .....

Numéro de licence : .....Catégorie : .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

N° de Téléphone : ..... Club .....

**J'autorise**

**Je n'autorise pas**

Les responsables du stage à faire pratiquer toute anesthésie ou toute intervention  
Chirurgicale qu'il jugera indispensable en cas d'urgence.

Contre-indication médicale éventuelle : .....

A..... le .....

Signature des parents