



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 04 au mercredi 06 mars 2024

-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 Mardi 20 février 2024** à l'adresse suivante (ou par mail)

A l'attention de Jérôme Franjus
Comité Départemental de Seine-Maritime
De tennis de table
7b avenue F Roosevelt
76120 LE GRAND QUEVILLY
Mail: jfs@cd76tt.fr

● **Récapitulatif financier :**

Nombre d'enfants inscritsx 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, mars 2024)

Nom.....Prénom

Date de naissance :Sexe

Numéro de licence :Catégorie :

Adresse

Code Postal Ville

N° de Téléphone : Club

J'autorise

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

Je n'autorise pas

Contre-indication médicale éventuelle :

A..... le

Signature des parents

FICHE D'INSCRIPTION (stage Montivilliers, mars 2024)

Nom.....Prénom

Date de naissance :Sexe

Numéro de licence :Catégorie :

Adresse

Code Postal Ville

N° de Téléphone : Club

J'autorise

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

Je n'autorise pas

Contre-indication médicale éventuelle :

A..... le

Signature des parents