



COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE SEINE-MARITIME DE TENNIS DE TABLE



STAGE D'ENTRAINEMENT

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

- District de Rouen -

● **Renseignements sur le stage**

- **Lieu** : Salle des sports d'Isneauville
- **Durée** : 4 jours (de 9h à 16 h 30)
- **Dates de stage** : Du lundi 19 août au jeudi 22 août 2024
- **Participation Financière** : 50 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 02 juillet 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 50.00 €

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 Isneauville, août 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 Isneauville, août 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