COMITÉ DÉPARTEMENTAL
DE SEINE-MARITIME DE TENNIS DE TABLE

STAGE D'ENTRAINEMENT

⇨ *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 27 au mercredi 29 octobre 2025

-***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 mercredi 22 octobre 2025** 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 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, octobre 2025)

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, octobre 2025)

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

Siège : 7 B, rue Franklin-Roosevelt – 76120 LE GRAND-QUEVILLY
Tél. 02 35 67 37 11 – **Site internet** : cdtt76.fr – **E-mail** : cd76tt.secretariat@orange.fr