# 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 28 au mercredi 30 octobre 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 22 octobre 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 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.

|  |
| --- |
| FICHE D’INSCRIPTION (stage Montivilliers, octobre 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, octobre 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