



## **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** : 3 jours (de 9h à 16 h 30)
- **Dates de stage** : Du Lundi 24 au Mercredi 26 février 2020
- **Participation Financière** : 10 Euros par jour, soit **30 Euros** pour le stage
- **Repas** : chaque joueur devra se munir d'un panier repas pour le déjeuner.

### ● Date limite des inscriptions :

Merci de bien vouloir retourner vos inscriptions **avant le 13 février 2020** 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](mailto:blanchard-j@wanadoo.fr)

### ● Récapitulatif financier :

Nombre d'enfants inscrits .....x 30.00 €  
\_\_\_\_\_

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 Isneauville, février 2020)**

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, février 2020)**

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