

**ASUL Lyon 8ème Tennis de Table**

**www.asul8tt.com**

**STAGES TENNIS DE TABLE**

**Jeunes**

**PÂQUES 2018**

 

Du lundi 9 au vendredi 13 avril 2018
Jeudi 19 et vendredi 20 avril 2018

***Infos : Mickaël ROCHE : 06 47 50 61 39 /****m.roche@asul8tt.com*

* **Encadrement :**

Entraîneurs Brevet d’Etat, DEJEPS ou entraîneurs fédéraux

Présence de relanceurs

* **Activité tennis de table:**

Salle de Tennis de Table de l’espace 101,

16 rue du commandant Pégout, 69008 LYON

(Voisin du nouveau théâtre du 8ème et du CISL, parallèle au bld des Etats-Unis)

* **Horaires :** 9h-12h30 et 14h-17h30. Les enfants restent dans la salle pour le déjeuner et doivent apporter leur piquenique pour le midi.
* **Contenu :** Exercices collectifs, travail individuel adapté à chacun
* **Tarif :** 9,50€ par demi-journée

**NOM :** ……………………………………. **Prénom :** ………………………………………

**Date de naissance :** …. / .… / ..…… **Tél :** …………………………………………

**Club (si déjà licencié FFTT)**: ………………………………………………………………

Nombre de demi-journées : ……… soit ………….. €

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Semaine du 9 au 13 avril 2018** |
|  **Jours** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Matinée** |  |  |  |  |  |
| **Après-midi** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Jeudi 19 et vendredi 20 avril 2018** |
|  **Jours** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Matinée** |  |  |
| **Après-midi** |  |  |

**Autorisation parentale :** je soussigné(e) ……………………………………………........... autorise mon enfant ……………………………………………….. à participer au stage organisé par l’ASUL Lyon 8 TT, autorise les organisateurs à prendre si besoin est toute décision médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, …) rendue nécessaire par l’état de santé de mon enfant et m’engage dans ce cas à rembourser les frais pouvant en résulter. J’autorise l’ASUL Lyon 8 TT à prendre des photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre des activités proposées.

Signature :



**ASUL Lyon 8ème Tennis de Table**

**www.asul8tt.com**

**STAGES TENNIS DE TABLE**

**Jeunes**

**PÂQUES 2018**

 

Du lundi 9 au vendredi 13 avril 2018
Jeudi 19 et vendredi 20 avril 2018

***Infos : Mickaël ROCHE : 06 47 50 61 39 /****m.roche@asul8tt.com*

* **Encadrement :**

Entraîneurs Brevet d’Etat, DEJEPS ou entraîneurs fédéraux

Présence de relanceurs

* **Activité tennis de table:**

Salle de Tennis de Table de l’espace 101,

16 rue du commandant Pégout, 69008 LYON

(Voisin du nouveau théâtre du 8ème et du CISL, parallèle au bld des Etats-Unis)

* **Horaires :** 9h-12h30 et 14h-17h30. Les enfants restent dans la salle pour le déjeuner et doivent apporter leur piquenique pour le midi.
* **Contenu :** Exercices collectifs, travail individuel adapté à chacun
* **Tarif :** 9,50€ par demi-journée

**NOM :** ……………………………………. **Prénom :** ………………………………………

**Date de naissance :** …. / .… / ..…… **Tél :** …………………………………………

**Club (si déjà licencié FFTT)**: ………………………………………………………………

Nombre de demi-journées : ……… soit ………….. €

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Semaine du 9 au 13 avril 2018** |
|  **Jours** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Matinée** |  |  |  |  |  |
| **Après-midi** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Jeudi 19 et vendredi 20 avril 2018** |
|  **Jours** | **Jeudi** | **Vendredi** |
| **Matinée** |  |  |
| **Après-midi** |  |  |

**Autorisation parentale :** je soussigné(e) ……………………………………………........... autorise mon enfant ……………………………………………….. à participer au stage organisé par l’ASUL Lyon 8 TT, autorise les organisateurs à prendre si besoin est toute décision médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale, …) rendue nécessaire par l’état de santé de mon enfant et m’engage dans ce cas à rembourser les frais pouvant en résulter. J’autorise l’ASUL Lyon 8 TT à prendre des photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre des activités proposées.

Signature :