



COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE TENNIS DE TABLE DU VAL DE MARNE

Fédération française de tennis de table - Ligue de l'Île de France

16 avenue Raspail
94250 GENTILLY

06 03 74 75 82

www.cd94tt.com
com.dep.94.tt@gmail.com

Stage Révélation N°3

Le Comité Départemental du Val-de-Marne organise,
du lundi 06 au vendredi 10 avril 2020, un stage départemental.

Ce stage s'adresse à tous les licenciés val-de-marnais, de poussin à junior.



COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE TENNIS DE TABLE DU VAL DE MARNE

Fédération française de tennis de table - Ligue de l'Île de France

16 avenue Raspail
94250 GENTILLY

06 03 74 75 82

www.cd94tt.com
com.dep.94.tt@gmail.com

LES STAGES REVELATION



Les dates :

du 28/10/19 au 01/11/19

du 10/02/20 au 14/02/20

du 06/04/20 au 10/04/20

Stage d'été :

du 04/07/20 au 10/07/20

**Envie de progresser ? Participe à un stage départemental !
Stages ouverts à tous de Poussin à Junior**

Le site :

**CRJS / Commune de
Salbris**

**100, avenue de Belleville
41300 SALBRIS**

Téléphone : 02 54 94 10 00

Centre agréé Jeunesse et Sports.

L'encadrement

DIRECTEUR :

Patrick RENARD

Diplômé DEJEPS Tennis de Table

EDUCATEURS :

Thibaut EVRARD

Diplômé AF, licence STAPS



Fiche d'inscription À faire viser impérativement par le club

STAGE RÉVÉLATION N°3

Du lundi 06 au vendredi 10 avril 2020

A Salbris

Le jeune :

NOM : Prénom :

Date de naissance : / / Catégorie :

Numéro de licence : Club :

Le Responsable Technique

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de portable :
.....

Adresse mail :@.....

Cachet et signature du club (obligatoire)



Règlement Intérieur des stages départementaux

Chaque enfant est sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement. La prise en charge débute à l'horaire de départ et la fin à l'heure d'arrivée.

Il est demandé de n'apporter aucun objet de valeur durant les stages, tout vol ou détérioration ne pourra être imputé au comité départemental.

Il est interdit, sous peine d'exclusion du stage, d'apporter de l'alcool ou toutes substances illicites, tout comportement qui irait à l'encontre de la bonne marche de la vie en collectivité entraînera une exclusion.

Tous les frais engagés à l'occasion d'une exclusion sont à la charge des familles.

Il est de la responsabilité des parents de prévenir le Comité Départemental de tennis de table sur les différentes allergies, maladies de l'enfant et sur les régimes alimentaires à l'aide de la fiche de renseignements et la fourniture d'une photocopie du carnet de santé.

En cas de désistement, des arrhes seront gardées par le département à hauteur des frais engagés.

En aucun cas le Comité départemental ne peut recevoir de règlement de particuliers. Seuls les clubs sont facturés ; à eux de recevoir des stagiaires, le paiement.

J'autorise le CD94TT à photographier mon fils ou ma fille lors du stage et à publier les clichés dans un bulletin départemental et/ou sur le site internet du département www.cd94tt.com.

OUI NON

Fait à, le.....

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Du lundi 06 au vendredi 10 avril 2020
A Salbris

I - ENFANT :

Nom :Prénom :

2 - VACCINATIONS : (Merci de fournir une photocopie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétra cop					
BCG					

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	



ALLERGIES et/ou REGIME :

ASTHME	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
REGIME SANS PORC	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
REGIME SANS VIANDE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTEUSE	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Autres :

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... Précisez.

.....
.....

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM :Prénom :

Adresse :

Code postal :Ville :

Tel. Domicile :Tel. Portable :

Adresse mail :@.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si différent du responsable)

NOM :Prénom :

Tel. Domicile :Tel. Portable :

NOM :Prénom :

Tel. Domicile :Tel. Portable :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait le à

Signature du responsable légal