



STAGE TENNIS & PADEL

DOSSIER INSCRIPTION STAGE VACANCES PRINTEMPS 2024

DATES DES VACANCES

> du 08 au 12 avril

> du 15 au 19 avril

JOUEUR

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : H F

NUMÉRO DE LICENCE :

PARENT / RESPONSABLE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : H F

NUMÉRO DE LICENCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. FIXE : TÉL. MOBILE :

EMAIL : @

PERSONNE À COMPLÉTER EN CAS D'URGENCE :

COORDONNÉES :

**L'INSCRIPTION INCLUT L'ENCADREMENT SUR LES ENTRAÎNEMENTS ET LES TOURNOIS, L'INSCRIPTION AUX TOURNOIS, LE TRANSPORT DU STADE TOULOUSAIN TENNIS CLUB AUX LIEUX DES TOURNOIS.

STADE TOULOUSAIN TENNIS CLUB
116, rue des troènes - 31200 TOULOUSE

FORMULE CHOISIE

1ÈRE SEMAINE - du 08 au 12 avril

TENNIS

MINI-TENNIS :
100€*

DEMI-JOURNÉE :
MATIN :
150€*

JOURNÉE - FUN :
250€*

PADEL

DEMI-JOURNÉE :

MATIN :
150€*

JOURNÉE - FUN :
250€*

2ÈME SEMAINE - du 15 au 19 avril

TENNIS

MINI-TENNIS :
100€*

DEMI-JOURNÉE :
MATIN :
150€*

JOURNÉE - FUN :
250€*

PADEL

DEMI-JOURNÉE :

MATIN :
150€*

JOURNÉE - FUN :
250€*

LICENCE

POUR LES STAGIAIRES NON LICENCIÉS

***+10% DU TARIF DE LA FORMULE POUR LES NON-ADHÉRENTS STTC / +22€ DE LICENCE
POUR LES NON-LICENCIÉS**

AUTRES

DÉJEUNER RESTAURANT* :

10€ PAR JOUR

LE DÉJEUNER SERA À PAYER À PART AU RESTAURANT.

* POUR LES REPAS, SI VOTRE ENFANT BÉNÉFICIE D'UN RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIAL, MERCI DE NOUS LE PRÉCISER :

RÈGLEMENT

CHÈQUE :

ESPÈCES :

CARTE BANCAIRE :

AUTORISEZ-VOUS LE STADE TOULOUSAIN TENNIS CLUB À DIFFUSER DES PHOTOS DE VOUS/DE VOTRE ENFANT SUR NOS SUPPORTS DE COMMUNICATION (AFFICHE, FLYER & PLAQUETTE) ET SUR LE SITE INTERNET ET LES RÉSEAUX SOCIAUX ?

OUI NON

JE, SOUSSIGNÉ MR/MME _____ AUTORISE MON ENFANT _____
À ÊTRE ACCOMPAGNÉ EN TOURNOI PAR UN ENSEIGNANT DU STTC, CELUI-CI POURRA UTILISER LE VÉHICULE DU CLUB
OU LEUR VÉHICULE PERSONNEL.

AUTORISEZ-VOUS LES RESPONSABLES DU STAGE À PRENDRE TOUTES LES DISPOSITIONS NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE
SOUS RÉSERVE D'ÊTRE INFORMÉ(E) DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS ?

OUI NON

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT _____

SIGNATURE / PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ», DATE,