



**Philippe CALVEL**  
Conseiller Technique Morsang  
4 rue Clément Marot  
91600 SAVIGNY SUR ORGE  
Tel : 06 11 24 35 82

Morsang sur Orge le 24/09/24

## **Stage VACANCES TOUSSAINT saison 2024/2025**

Madame, Monsieur

Le Club vous propose un stage de tennis de table sur **4 journées** dans la salle d'entraînement habituelle.

**La semaine de Toussaint, du 28 au 31 octobre 2024**

(Horaires : 9h30/12h30, 13H30/16H30)

**Coût : 70 €**

**Entraîneur : JEROME LOUVET** (entraîneur de Morsang)

**Date limite d'inscription : le 14/10/2024**

*N.B. : Les repas sont à votre charge et peuvent être pris sur place (four micro-onde à disposition)*

*L'entraîneur assurera la permanence pendant l'heure de déjeuner*

*10 participants minimum*

*16 participants maximum (inscription par ordre d'arrivée)*

### **CONDITIONS :**

- **Participer impérativement aux 4 journées** prévues.
- **Être licencié à Morsang ou dans un club Essonnien**  
Sous-réserve du nombre de participants : Priorité aux adhérents morsangtois
- Fournir **la fiche d'inscription pour le 14 octobre 2024 au plus tard avec le règlement**  
Chèque de participation : 70 € (à l'ordre de MTT - encaissement à partir du 31/10/2024)  
*Si besoin, une facture peut être établie sur demande*

Ci-dessous le formulaire d'inscription à remettre avant le **14/10/2024** à l'un des entraîneurs du club

*Ou par la poste à **Philippe CALVEL**, (adresse en entête)*

**Merci par avance de votre réponse, qu'elle soit positive ou négative.**

## **BULLETIN D'INSCRIPTION**

Je (nous) soussigné(e)(s) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de représentant légal(aux) de \_\_\_\_\_

- Autorise,  n'autorise pas, mon enfant à participer au stage organisé les **28-29-30-31 octobre** à Morsang.  
 Autorise,  n'autorise pas, mon enfant à sortir de l'enceinte de 12h30 à 13h30  
*(j'ai pris note qu'il m'incombait de prévoir le repas de mon enfant dans la négative.)*  
 Autorise,  n'autorise pas, le responsable à prendre toute disposition en cas d'urgence pour faire diriger mon fils (ma fille) vers le centre hospitalier le plus proche.

**N° de Téléphone en cas d'urgence :**

**SIGNATURE PARENT OU TUTEUR LEGAL :**

(merci de cocher les cases retenues et d'écrire lisiblement)