



**COMITE DEPARTEMENTAL
DE TENNIS DE TABLE
DES PYRENEES ATLANTIQUES**

AUTORISATION PARENTALE STAGE OCTOBRE 2025

Je soussigné M/Me : _____

agissant en qualité de : _____

autorise mon fils/fille : _____

à participer au stage de Tennis de Table qui aura lieu, à :

<i>LESCAR - 9H30/16H30</i>	
MARDI 21 OCTOBRE 2025	
MERCREDI 22 OCTOBRE 2025	
JEUDI 23 OCTOBRE 2025*	



COCHEZ VOS CHOIX

<i>BIARRITZ - 9H30/16H30</i>	
MARDI 28 OCTOBRE 2025	
MECREDI 29 OCTOBRE 2025	
JEUDI 30 OCTOBRE 2025*	



*Une journée **uniquement** le jeudi 23 octobre et jeudi 30 octobre

Adresse : _____

Mail : _____

Club de : _____

Signature des parents (mention " lu et approuvé ") :

Date limite d'inscription : VENDREDI 10 OCTOBRE 2025

Renvoyer à :
Christophe Blanche

44 rue du Maréchal Joffre 64000 PAU
Chèque à l'ordre du CD TT 64

FICHE MEDICALE

(A retourner à : C. Blanche 44 rue du Mal Joffre 64000 Pau)

Mesdames et Messieurs, dans un souci de sécurité pour vos enfants, je vous demande de bien vouloir préciser le plus exhaustivement possible les informations suivantes (**Régime alimentaire**, allergies - traitement en cours – contre-indication - etc...) ainsi que d'éventuelles précautions à prendre :

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, M....., autorise le responsable du stage de Tennis de Table à prendre toutes les mesures médicales en mes lieux et place, s'il lui est impossible de me joindre en temps voulu, y compris l'intervention chirurgicale en cas d'accident ou de problème de santé concernant mon enfant, pendant le stage

D'octobre à :

Lescar, Biarritz 2025.

N° sécurité sociale :	
Nom du médecin traitant :	 :

De plus, nous renonçons à faire valoir tout droit à l'image notamment tel que défini à l'article 9 du code civil, de telle sorte que le CDTT64 puisse utiliser ces images lors de ses actions de communication.

OUI	ENTOURER VOTRE CHOIX	NON
-----	---------------------------------	-----

Le CDTT64 n'est pas responsable en cas de perte ou de vol des effets personnels des stagiaires pendant le stage.

OUI	ENTOURER VOTRE CHOIX	NON
-----	---------------------------------	-----

Le responsable s'engage à prévenir les parents (préciser SVP) aux numéros suivants :

Nom :	 :
Nom :	 :
Nom :	 :

Signature des parents