



AUTORISATION PARENTALE STAGE FEVRIER 2026

Je soussigné M/Me : _____

agissant en qualité de : _____

autorise mon fils/fille : _____

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

| BIARRITZ - 9H30/16H30 | |
|---------------------------------|--------------------------|
| MARDI 10 FEVRIER 2026 | <input type="checkbox"/> |
| MERCREDI 11 FEVRIER 2026 | <input type="checkbox"/> |
| JEUDI 12 FEVRIER 2026* | <input type="checkbox"/> |

COCHEZ VOS CHOIX



| LESCAR - 9H30/16H30 | |
|---------------------------------|--------------------------|
| MARDI 17 FEVRIER 2026 | <input type="checkbox"/> |
| MERCREDI 18 FEVRIER 2026 | <input type="checkbox"/> |
| JEUDI 19 FEVRIER 2026* | <input type="checkbox"/> |



*Stage une journée, uniquement le jeudi 12 février et jeudi 19 février

Adresse : _____

Mail : _____

Club de : _____

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

Date limite d'inscription : VENDREDI 30 JANVIER 2026

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 de février à :

Biarritz, Lescar 2026

| | |
|---------------------------|--|
| 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.

| | | |
|-----|---------------------------------|-----|
| OUİ | 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.

| | | |
|-----|---------------------------------|-----|
| OUİ | ENTOURER VOTRE CHOIX | NON |
|-----|---------------------------------|-----|

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

| | |
|-------|--|
| Nom : |  : |
| Nom : |  : |
| Nom : |  : |

Signature des parents