



AUTORISATION PARENTALE

(A retourner par mail)

Je soussigné M/Me : _____ agissant en qualité de : _____

autorise mon fils/fille : _____ à participer au stage

de Tennis de Table qui aura lieu, à **GRADIGNAN du 04 au 07 juillet 2026**

J'autorise également Monsieur Blanche à transporter (A/R) mon enfant en mini bus.

OUI

NON

Adresse : _____

Mail : _____

Club de : _____

Classement/points PHASE 2 - 25/26 : _____

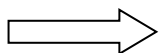
Catégorie 26/27 : _____

Nombre d'heures d'entraînement prévu
saison 26/27 : _____

(Lu et approuvé) Signature des parents :

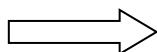
DATE LIMITE D'INSCRIPTION : Vendredi 12 juin 2026

Renvoyer par mail



c.blanche.cd64@orange.fr

Règlement par
virement bancaire



à l'ordre du CD TT 64



FICHE DE LIAISON

(A retourner par mail

Chers parents, dans un souci de sécurité pour vos enfants, je vous demande de bien vouloir préciser le plus exhaustivement possible les problèmes médicaux (allergies - traitement en cours - contre indication - etc...) ainsi que d'éventuelles précautions à prendre :

.....
.....
.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, M/Mme....., 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 sérieux concernant mon enfant, pendant le stage à Gradignan 2026.

En cas d'urgence, les parents pourront également prendre contact avec le responsable de stage, Monsieur Blanche Christophe.

 OUI NON

N° sécurité sociale :	
Nom du médecin traitant :	☎ :

AUTORISATION DE BAINNADE

 OUI

J'autorise mon fils/fille à se baigner en piscine lors de ce stage.

 NON

Je n'autorise pas mon fils/fille à se baigner en piscine lors de ce stage.

DROIT A L'IMAGE

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 NON

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

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

Nom :	☎ :
Nom :	☎ :
Nom :	☎ :

(Lu et approuvé) Signature des parents :



FICHE MEDICALE

(A retourner par mail)

COORDONNEES STAGIAIRE :

NOM :

PRENOM :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)					
Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons	
Poliomyélite				Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
BCG					

Si vous n'êtes pas à jours dans vos vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Suivez-vous un traitement médical pendant le séjour ?			OUI	NON					
Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées à votre nom avec la notice)									
Avez-vous déjà eu les maladies suivantes ? (cocher par case)									
Rubéole		Coqueluche		Varicelle		Otite		Rhumatisme articulaire aigu	
Oreillons		Rougeole		Scarlatine		Angine		Covid-19	
Avez-vous des allergies ?									
Asthme		Alimentaires		Médicamenteuse		Autres			
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)									

Autorisation parentale, fiche de liaison, Fiche médicale
à renvoyer complétées par mail.