**NOM :**

**PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**E-MAIL :**

**ADRESSE :**

**TÉLÉPHONE :**

**FORMULE DE STAGE CHOISIE : ☐ Stage tennis (120 EUR la semaine pour les membres)**

**☐ Stage tennis (130 EUR la semaine pour les non-membres)**

**SEMAINE(S) CHOISIE(S) : ☐ Du 24 au 28 février 2020**

☐ 10h - 12h ☐ 15h - 17h

**☐ Du 02 au 06 mars 2020**

☐ 10h - 12h ☐ 15h - 17h

**MODE DE RÈGLEMENT : ☐ Espèces**

**☐ Chèque Numéro :**

**Banque :**

**REPRÉSENTANT LÉGAL**

**Je, soussigné(e) ,**

**père / mère de l’enfant ,**

**autorise, en cas d’accident ou de maladie, les responsables à diriger mon enfant vers l’établissement hospitalier le plus proche ou à appeler les services médicaux si nécessaire.**

**J’autorise / n’autorise pas mon enfant à repartir après les cours par ses propres moyens.**

**Date et signature, précédées de la mention « Lu et approuvé ».**