

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : _____ Commune : _____

Tél fixe : _____

Nom et prénom de la mère : _____

N° de téléphone de la mère : _____

Nom et prénom du père : _____

N° de téléphone du père : _____

Retournez cette fiche d'inscription complétée :

- soit aux entraîneurs lors du stage du 15 février
- soit à l'adresse suivante **avant le 17 février :**

Comité de Volley Ball 17

Gymnase des Parcs Rue Léonce Mailho 17000 La Rochelle

Le comité départemental prend en charge la moitié des frais de restauration et hébergement, et la totalité des frais d'encadrement.

Reste à la charge des familles le montant de 25€.

Le règlement devra être fourni en même temps que la fiche d'inscription ou au plus tard à l'arrivée au stage.



Stage Départemental Elite



Stage départemental de Volley Ball avec hébergement

▶ **Minimes**

25€

A Pont l'Abbé d'Arnoult

Mercredi 5 et jeudi 6 mars 2014



Comité Départemental de Charente Maritime de Volley Ball
Gymnase des Parcs
Rue Léonce Mailho



Stage de Sélections Départementales

► Minimes filles et garçons

A Pont l'Abbé d'Arnout

Hébergement

Groupe scolaire St Louis
73 avenue André Malraux

Entraînement

Complexe sportif
10 chemin vert



Programme

	Petit déjeuner	Matin	Déjeuner	Après midi	Dîner	Soirée
Mercredi 5 mars		10h : accueil des joueur (euse)s au gymnase 10h20-12h30 : entraînement	13h : repas servi au collègue	14h-14h20 : installation internat 14h30-15h15 : sieste 15h30- 18h : entraînement	19h: dîner servi au collègue	20h15-21h30 : formation arbitrage au collègue
Jeudi 6 mars	7h45 : réveil 8h : petit déjeuner servi au collègue	10h-12h : entraînement	12h30 : repas servi au collègue	13h30-14h : rangement internat 14h-16h15 : entraînement	16h30 : clôture du stage au gymnase	

Fiche d'inscription à découper

Je soussigné(e) _____

autorise notre enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

à participer au **stage départemental du mercredi 5 mars au jeudi 6 mars 2014 à Pont l'abbé d'Arnout.**

En cas d'accident ou de maladie :

Nous autorisons le responsable de la sélection à faire pratiquer, après avis du médecin les soins médicaux ou toutes interventions qui apparaîtraient utiles.

Nom, adresse et n° téléphone de la personne à prévenir :

Je n'autorise pas le Comité Départemental à photographier, filmer mon enfant et à publier, à exposer la(les) photographie(s) dans le cadre des actions et communications du CD.

Fait à _____, le _____

Signature

Contact Organisateur : Manuela Jourdain
06.35.46.74.06 cdvb17manuela@gmail.com

