

PRINTEMPS 2024

SÉJOUR ADULTES SPORT
&
LOISIRS
AU DOMAINE DE LA ROCHE
- SPORT DE RAQUETTES -



22/04 AU 24/04

RETOUR POUR LE VENDREDI 12 AVRIL 2024



Centre Eric Tabarly
28, rue du Champ d'Auger
03300 CUSSET

06 22 58 19 31

addapt03@gmail.com



CONTACTS

07 82 34 28 07 - addapt.sport@gmail.com

PROGRAMMES

LUNDI

Rendez-vous à 8H30 au Centre Éric Tabarly (Cusset).
Initiation au tennis
Installation au logement et découverte des lieux.

MARDI

Initiation Badminton.
Diverses activités au Centre Omnisport de Vichy

MERCREDI

Initiation Padel à Creuzier le Neuf.
Pique-Nique à l'Étang de Jalicot ST Germain des Fossés
Diverses Activités au Centre Omnisport de Vichy
Retour 18h à Cusset

AFFAIRES À PRÉVOIR : Tenues pour 3 jours, joggings, pulls, une paire de basket pour les randonnées, sous-vêtements, maillots, manteau, nécessaire de douche, serviettes, chaussettes...

ORGANISATION

- > **Encadrement** des activités assuré par nos éducatrices **Philippe** et **Laura**.
- > **Nombre de participants** limité à 7.
- > **Lieu de rendez-vous** fixé sur le **parking du Centre Éric Tabarly**.
- > **Transports** vers les lieux d'activité en **minibus**.

INFORMATIONS UTILES

- > **Tenue vestimentaire adaptée** aux activités prévues et aux conditions météorologiques
- > **Tarif** par personne **300,00 €**. Le **règlement confirme l'inscription**.
- > **En cas d'absence ou désistement prévenir 15 jours minimum à l'avance auquel cas le séjour sera facturé.**
- > **Inscription** au moyen du **formulaire** ci-contre, à compléter et retourner à l'association.
Pour tout complément d'information, contacter Laura au 07 82 34 28 07

FICHE D'INSCRIPTION

① PARTICIPANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Usager club sportif : Oui Non

*Si le participant est déjà usager du club sportif de l'association, passer à l'étape 3.
Dans le cas contraire, compléter les renseignements de l'étape 4 et fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités sportives de loisir.*

② RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Traitement médical le midi : Non Oui : _____

Informations utiles : _____

③ REPRÉSENTANT

NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

④ INSCRIPTION

Période(s) souhaitée(s) : **du 22 au 24 Avril 2024**.

⑤ RÈGLEMENT

Règlement des frais de stage par : chèque(s) virement espèces

⑥ SIGNATURES

Signature participant

Signature représentant