



COMITE DEPARTEMENTAL DE TENNIS DE TABLE DES HAUTS-DE-SEINE

1 rue de la Poterie
93200 SAINT DENIS
Tél. : 01.58.34.70.73
@ : cdtt92@gmail.com

Contact :
Stéphane – 06 15 25 78 11 – s.pietu.cd92@orange.fr

Commission technique départementale
Stage d'été Boyardville 2026
Participation Parents/Clubs : 610€
Réduction enfant supplémentaire : 30€

Saint Denis, le 16 mars 2026.

Bonjour,

Le Comité départemental de tennis de table des Hauts-de-Seine organise un stage sportif d'été

Du samedi 4 juillet au vendredi 10 juillet 2026

Au Centre Sportif Départemental – Fort Panorama Boyardville – 17190 Saint Georges d'Oléron



Le trajet s'effectuera en train jusqu'à La Rochelle puis en bateau jusqu'à l'île d'Oléron. Les horaires de départ et d'arrivée seront communiqués dès que possible.

Ce stage est ouvert aux enfants nés en 2009 et après, quel que soit le niveau de jeu et/ou d'entraînement. L'objectif principal de ce stage est de proposer aux jeunes un moyen de s'entraîner pendant les vacances d'été, tout en profitant de l'environnement (des activités hors tennis de table pourront être proposées aux enfants).

Le nombre de places étant limité à 36, seuls les dossiers d'inscription complets (Formulaire d'inscription, règlement financier, fiche sanitaire et copie des pages des vaccinations) seront pris en compte. Les inscriptions seront enregistrées par ordre d'arrivée.

Ludovic JAUMOTTE,
Responsable du stage



**Stage sportif d'été
du 4 au 10 juillet 2026
au Centre Sportif Départemental de Boyardville**

FEUILLE D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CLUB :

N° LICENCE :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom-Prénom :

Téléphone : Portable :

Travail :

E-mail :

PERSONNE A PREVENIR SI BESOIN (Si différente du responsable) :

Nom-Prénom :

Tél :

RÉGIME ALIMENTAIRE (si particulier) :

COUT DU STAGE : Participation Parents/Club : 610€ à l'ordre du C.D.T.T. 92. (Réduction de 30€ par enfant supplémentaire de la même famille)

Règlement par chèque

(Chèque à l'ordre de CDTT92 envoyé à CDTT92 – 1 rue de la Poterie – 93200 SAINT DENIS)

Règlement par virement

Titulaire du compte – COMITE DEPARTEMENTAL TENNIS DE TABLE HAUTS DE SEINE –
IBAN FR76 3006 6106 7200 0202 0860 108 – BIC CMCIFRPP

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Monsieur, Madame _____

autorise mon fils, ma fille _____

à participer au stage sportif d'été Boyardville 2026 du 4 au 10 juillet 2026 et donne tout pouvoir au responsable du séjour pour agir en mon nom pour prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de l'enfant y compris l'hospitalisation et l'intervention selon les prescriptions du corps médical consulté.

A

Le

Signature



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

DATES ET LIEU DU SEJOUR :

Du 4 au 10 juillet 2026

Centre Sportif Départemental – Fort Panorama Boyardville – 17190 SAINT GEORGES D’OLERON

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR

**COMITE DEPARTEMENTAL DE TENNIS DE TABLE DES HAUTS-DE-SEINE
1 RUE DE LA POTERIE
93200 SAINT DENIS**

OBSERVATIONS
