



# La Ligue de Bourgogne de Tennis de Table Organise



**Le samedi 19 décembre 2015**

**De 9h30-18h**

**A Ouroux-sur-Saône**

**Salle spécifique - 25 rue Gaillard 71370 Ouroux-sur-Saône**

**Une formation pour l'encadrement des**

**« 4-7 ans »...**



**FFTT - LIGUE DE BOURGOGNE  
DE TENNIS DE TABLE**



Florent BECART, Conseiller Technique de Ligue.  
Adresse : 48 bd de la Marne 21000 DIJON  
Portable : 06 72 69 22 77  
Messagerie : [florent.becart21@gmail.com](mailto:florent.becart21@gmail.com)

Dijon, le 08 décembre 2015

Aux licenciés souhaitant encadrer des séances de baby-ping:

J'ai le plaisir de vous inviter à participer à la formation « baby-ping : le ping des 4-7 ans » qui se déroulera le samedi 19 décembre 2015 à Ouroux-sur-Saône :

**Le samedi 19 décembre de 9h30 à 18h**  
**A la salle spécifique, 25 rue Gaillard**  
**71370 OUROUX SUR SAONE**

**Le coût de la formation est de 25 euros**

(Ce prix comprend les frais pédagogiques, et le DVD « le ping pour les 4-7 ans »)

Une réponse par mail est demandée pour le 16 décembre à l'adresse suivante :

[florent.becart21@gmail.com](mailto:florent.becart21@gmail.com)

Le coupon-réponse accompagné du chèque du club est à retourner au plus tard pour le 17 décembre 2015 dernier délai au secrétariat de ligue : 48 bd de la Marne 21000 DIJON.

Outre ton matériel sportif (raquette, tenue sportive...), tu devras te munir de **quoi prendre des notes et de ton pique-nique.**

En restant à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Amitiés Sportives.

Florent BECART  
Conseiller Technique de Ligue

COUPON REPONSE A RETOURNER POUR LE **17 décembre 2015**

A Ligue de Bourgogne TT, 48 Boulevard de la Marne 21 000 Dijon

*(Accompagné du chèque de club de 25€, à l'ordre de LBTT)*

*Formation Baby-Ping, le 19 décembre 2015*

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

CLUB : .....

Adresse : .....

..... E-mail : .....

Tél : .....

Je participe à la formation Baby-Ping.

**Autorisation Parentale**

Je soussigné, Monsieur ou Madame \_\_\_\_\_ agissant en qualité de père, mère, tuteur de l'enfant  
\_\_\_\_\_ déclare :

Autoriser le (la) Directeur (rice) du stage à prendre sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.

OUI

NON

Date : \_\_\_\_\_

Signature des parents :

Contre indications ou allergies :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_