







STAGE JUDO PISCINE Tigres - Jaguars Interdit 2016

<u>Lieu:</u> Dojo Richard Sitbon

<u>Dates:</u> Lundi 21– Vendredi 25 février 2022

Horaires: 9h30 – 16h30



Le Cos Judo en partenariat avec le CAP et le département des Yvelines vous propose un stage innovant de judo – multi-activités et apprentissage de la natation.

Fonctionnement: 35 places par stage

- 5 cours de natation encadrés par des maitres-nageurs (après-midi)
- 5 matins judo et multi-activités
- Le midi : repas apporté par les stagiaires

Tarif semaine:

95€ pour les adhérents 150€ pour les non adhérents (2015 à 2012)

Attention les 35 premiers dossiers complets seront retenus : Dossier complet avec règlement (Aucune inscription sms – mail – WhatsApp)

Des dossiers sont disponibles pour les autres tranches d'âge

www.cosjudo.fr

GIBIAT Géraldine

01 61 30 24 48 / secretariat@cosjudo.com

N°: FFJDA CL781160 - N° SIREN 794714725 - N° Jeunesse et Sport: APS 78-1239









COUPON REPONSE A RETOURNER AUX PROFESSEURS

STAGES JUDO PISCINE

Tigres - Jaguars

INSCRIPTION

wons	sieur et Madame	
	sou	
haitent que leur enfant		
Participe au stage de judo – Initiation piscine.		
Je joins <mark>le règlement de 95€</mark> pour l'inscription de mon enfant.		
	Chèque à l'ordre du COS JUDO / chèques Vacances	
	Espèces remises dans une enveloppe fermée	

N°: FFJDA CL781160 – N° SIREN 794714725 – N° Jeunesse et Sport : APS 78-1239









Autorisation Parentale

Stage Judo/Piscine du 21 au 25 Février 2022

Cette autorisation est valable pour la durée du stage

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame	
	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Agissant en qualité de	
Autorise à participer au stage : Nom - Prénom :	
Né(e) le :	
Club :	Département :
<u> </u>	néant et s'il n'a pas été possible de nous joindre, toutes vention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de médecin.
Niveau de natation :	
Droit Image : J'autorise le Cos Judo à diffuser les photos du stage su	ur tous les supports médias du Club
Informations à renseigner : L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NO Si oui, précisez	N
Allergies : ASTHME □ OUI □ NON	
ALIMENTAIRES \square OUI \square NON Si oui, précisez	
Nom – Prénom – Téléphone du Médecin Famille	
En cas d'urgence : Autres Personnes à Prévenir	
Nom: Prénom:	Téléphone :
Fait àle	

Lu et Approuvé

Signature