Une image contenant logo, Graphique, clipart, graphisme

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.Une image contenant texte, capture d’écran, logo, Graphique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.Une image contenant dessin, signe

Description générée automatiquement

**LE TENNIS CLUB DE PRADES ET L’ASSOCIATION SPORT ADAPTE DU CONFLENT** en collaboration avec le Comité Départemental Sport Adapté des Pyrénées Orientales organisent :

**MARDI 15 AVRIL 2025**

**DE 12h à 15h30**

**Une image contenant texte, capture d’écran

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.**

**SEANCE DECOUVERTE PARA TENNIS ADAPTE**

**Lieu de la journée :**

**PLAINE SAINT MARTIN**

**66 500 PRADES**

**Responsable organisation :**

**MME VILLAGORDE GAELLE 06 40 25 26 30**

**Responsable technique :**

**MR TORREGROSSA CEDRIC 06 10 96 11 77**

**Programme Prévisionnel :**

* **12h00 :** Accueil des sportifs et REPAS TIRE DU SAC
* **13h30 :** Début de L’INITIATION PARA TENNIS ADAPTE
* **15h30 : Fin de l’initiation et** CLOTURE

**Informations Générales :**

* **Retour des inscriptions au plus tard 2 jours avant la séance.**
* **Adultes en situation de handicap avec TSA et/ou handicap mental**

**Inscription à retourner à :**

****

***Gaëlle Villagorde***

**06 40 25 26 30**

cdsportadapte66@gmail.com

**Conditions d’engagement :**

* Être en possession d’une **Licence Sport Adapté ou Licence Découverte à 10 € (offerte par le comité départemental Sport Adapté)**
* Avoir retourné **la fiche d’inscription** ci-jointe
* Avoir un certificat médical autorisant la pratique du sport de loisir

Une image contenant dessin, signe

Description générée automatiquement**Fiche d’inscription**

à retourner à [cdsportdape66@gmail.com](mailto:cdsportdape66@gmail.com) *Mme Villagorde Gaëlle* ***Tel : 06 40 25 26 30***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etablissement / Association : | | |
| Adresse :  N°tél :  E-mail : | Noms des accompagnateurs :  N°tél : | Nom du responsable :  N°tél :  E-mail : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N° Licence Sport Adapté** | **LICENCE DECOUVERTE**  **10 €** | **Nom**  **Prénom** | | **Né(e ) le** | **Sexe** | **Certificat Médical daté du** |
| **1** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **2** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **3** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **4** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **5** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **6** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **7** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **8** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **9** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |
| **10** |  | OFFERTE |  |  |  |  |  |

**SEANCE INITIATION PARA TENNIS ADAPTE 15 / 04 / 2025**