

**LE JUDO CLUB CATALAN** en collaboration avec le Comité Départemental Sport Adapté des Pyrénées Orientales organise :

**MERCREDI 18 JUIN 2025**

**MERCREDI 25 JUIN 2025**

**DE 14h30 à 15h30**

****

**SEANCES DECOUVERTE PARA JUDO ADAPTE**

**Lieu de la journée :**

**DOJO JUDO CLUB CATALAN**

**RUE ERNEST RENAN**

**66 000 PERPIGNAN**

**Responsable organisation :**

**VILLAGORDE GAELLE 06 40 25 26 30**

**Programme Prévisionnel :**

* **14h15 :** Accueil des sportifs
* **14h30 :** Début de L’INITIATION PARA JUDO ADAPTE
* **15h30 :** Fin de l’initiation
* **15h45 :** Goûters offerts et CLOTURE

**Informations Générales :**

* **Retour des inscriptions au plus tard 2 jours avant la séance.**
* **ADOS/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

**Fiche d’inscription 18/06/2025**

à retourner à 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 |  |  |  |  |  |

**Fiche d’inscription 25/06/2025**

à retourner à 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 |  |  |  |  |  |