STAGE TIGNES SAISON 2018-2019
Du 06/07 AU 10/07

Départ : vendredi 06/07 matin 9h30.

RDV à 9h00 (le lieu sera précisé ultérieurement)
Le repas du soir sera pris à Tignes
Transport en camionnette.

Retour : mardi 10/07 vers 21h00 (horaire à confirmer, départ après le ski le matin).

Coût du stage : 400 euros (soit 100 € d'acompte, et le reste au plus tard le jour du départ)

Encadrement technique :
Coach CISM et Claude.
Accompagnateur : Valérie (gestion des repas)

Conditions de participation : Etoile d'or validée + être né avant le 31/12/2008 + cotisations club à jour.

Hébergement :

A définir suivant le nombre d'inscrit.

Programme du Stage :
4 jours de ski : Slalom, foncier, travail technique, ateliers à thème ; vidéo.
Ski matin jusqu'à 13h00. A voir selon les conditions. Sports l'après-midi.
Entretien des skis en fin d'après-midi.

Matériel :

CASQUE ET PROTECTION DORSALE OBLIGATOIRES, Skis en très bon état, affutés et fartés (2 paires de skis maximum, Slalom et Géant), Lunettes solaires et masque de ski, crème solaire, stick lèvres, Vêtements d'hiver avec 2 paires de gants de ski si possible, veste de pluie, affaires de sport.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A EMPORTER PAR TOUS LES STAGIAIRES :

- **LA CARTE NATIONALE D'IDENTITE**
- **AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE**
- **LA LICENCE DE L'ANNEE EN COURS**
- **DE L'ARGENT DE POCHE**
- **LE SOLDE DU PRIX DU STAGE (300 € restant dus)**

✂----------

<u>Talon à remplir et à retourner signé, accompagné du chèque d'acompte à l'ordre du Ski Club Bonhomme, à Stéphanie Fonné 140 henzelle 68910 Labaroche:</u>

NOM : **PRENOM :** **Né(e) le :**

NOM : **PRENOM :** **Né(e) le :**

En cas d'accident, je soussigné : NOM……. Prénom……
Tél. fixe……Tél port……

Responsable légal de l'enfant : NOM……. Prénom……..
…….. ……

Autorise le responsable de l'organisation, à faire intervenir les personnes compétentes (médecin, hôpital) pour mon (mes) enfant(s).

Je certifie que mon enfant sera en possession de la carte européenne de Sécurité Sociale <u>mise à jour</u> **LE JOUR DU DEPART EN STAGE.**

Veuillez nous signaler tout traitement médicamenteux prescrit à votre enfant.

DATE : **SIGNATURE des parents :**