



**TENNIS
CLUB
D'ANTIBES**

+ INFOS SUR
NOTRE SITE



2024 - 2025

CLUB PADEL JUNIORS

CONTACT > ENZO : +33 (0)7 77 67 44 75

- DÉBUT DES COURS : **09/2024**
- FIN DES COURS : **06/2025**
- Les cours sont suspendus durant les vacances scolaires
- Coachs spécialisés padel
- Prêt de raquettes pour les premiers cours

**Stage de Padel en période de vacances scolaires
(Enfants & Adultes)**

Documents à fournir pour une inscription et assurer son créneau :

1/ Totalité du paiement

2/ Ce document complété en totalité

3/ Certificat médical à la pratique du padel en compétition (Ci-joint)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____

Sexe : H / F Nationalité : FR , Autre : _____

Adresse : _____

Ville : _____ CP : _____

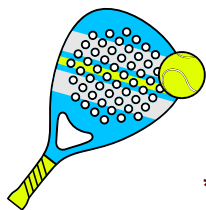
@ (MAJ) : _____

Tél : ____/____/____/____/____

*Nos tarifs incluent la licence Padel

1h/semaine : 265 €

2h/semaine : 495 €



Jour(s) et horaire(s) de mon (mes) cour(s) :

**Ne peut être choisi par le joueur, doit être défini par un coach en fonction des disponibilités restantes*

Moyen de paiement :

ADOC

CB

3x PAR CHÈQUES

J'accepte que les photos, les prises de vue et les interviews réalisées dans le cadre de la participation de la personne renseignée sur ce document aux manifestations puissent être publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, les livres, sur les réseaux sociaux et dans les films, sans droit à une compensation.

Règlement :

- Un minimum de 26 séances est assuré sur une période de 32 semaines.
- En cas de pluie, il n'y aura pas de rattrapage sauf si le nombre total de séances est inférieur à 26.
- Aucun cours n'a lieu pendant les vacances scolaires.
- Toute inscription est définitive. Aucun avoir ou remboursement ne sera accordé, même en cas de blessure ou de déménagement.

J'ai pris connaissance et j'accepte les termes du règlement.

Date et signature : ____/____/202__

Certificat médical

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Melle :

Né (e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

du tennis / para-tennis / beach tennis / padel / courte paume¹ et des sports suivants²,
y compris en compétition :

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Signature du médecin

Cachet du Médecin

¹ Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

² Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication



**TENNIS
CLUB
D'ANTIBES**

+ INFOS SUR
NOTRE SITE



2024 - 2025

CLUB PADEL ADULTES

CONTACT > ENZO : +33 (0)7 77 67 44 75

- DÉBUT DES COURS : 09/2024
- FIN DES COURS : 06/2025

- Les cours sont suspendus durant les vacances scolaires
- Coachs spécialisés padel
- Prêt de raquettes pour les premiers cours

**Stage de Padel en période de vacances scolaires
(Enfants & Adultes)**

Documents à fournir pour une inscription et assurer son créneau :

1/ Totalité du paiement

2/ Ce document complété en totalité

3/ Certificat médical à la pratique du padel en compétition (Ci-joint)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____

Sexe : H / F Nationalité : FR , Autre : _____

Adresse : _____

Ville : _____ CP : _____

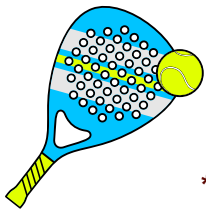
@ (MAJ) : _____

Tél : ____/____/____/____/____

*Nos tarifs incluent la licence Padel

1h/semaine : 350 €

1h30/semaine : 520 €



Jour(s) et horaire(s) de mon (mes) cour(s) :

**Ne peut être choisi par le joueur, doit être défini par un coach en fonction des disponibilités restantes*

Moyen de paiement :

ADOC

CB

3x PAR CHÈQUES

J'accepte que les photos, les prises de vue et les interviews réalisées dans le cadre de la participation de la personne renseignée sur ce document aux manifestations puissent être publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, les livres, sur les réseaux sociaux et dans les films, sans droit à une compensation.

Règlement :

- Un minimum de 26 séances est assuré sur une période de 32 semaines.
- En cas de pluie, il n'y aura pas de rattrapage sauf si le nombre total de séances est inférieur à 26.
- Aucun cours n'a lieu pendant les vacances scolaires.
- Toute inscription est définitive. Aucun avoir ou remboursement ne sera accordé, même en cas de blessure ou de déménagement.

J'ai pris connaissance et j'accepte les termes du règlement.

Date et signature : ____/____/202__

Certificat médical

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles L. 231-2 à L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Melle :

Né (e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

du tennis / para-tennis / beach tennis / padel / courte paume¹ et des sports suivants²,
y compris en compétition :

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Signature du médecin

Cachet du Médecin

¹ Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

² Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication