Le Hohwald, 17 janvier 2020

**Stage de Ski**

**Zinal du 21 au 24 janvier 2020**

**Hébergement :** en pension complète.

**Rendez-vous :** mardi 21 janvier vers 16h00 sortie 13.

D'autres rendez-vous sont envisageables, des précisions seront envoyées aux participants par mail la veille du départ.

**Fin du stage :** vendredi 25 janvier vers 19h00.

Les parents seront avertis par téléphone de l’heure exacte de retour dans la soirée.

**Programme :** ski de vitesse, slalom et slalom géant.

**Prix du stage :** 420, - € pour les jeunes né(e)s en 2003 et après

460, - € pour les plus âgé(e)s.

**Important :**

* les inscriptions tardives risquent de ne pas être prises en considération
* merci aux stagiaires se déplaçant par leurs propres moyens de se signaler
* les entraîneurs se réservent le droit de refuser l'inscription d'un compétiteur dont le niveau ne paraît pas en adéquation avec les exigences de la pratique du super géant
* seuls les compétiteurs inscrits à "*Alsace Ski Compétition"* pour la saison 2019 - 2020 ont accès à ce stage. Leurs clubs, au moment du départ, doivent être à jour de leurs participations à "Alsace Ski Compétition".

**Prévoir :** carte d’identité et autorisation de sortie du territoire, carte européenne de la sécurité sociale, skis limés et fartés, vêtements chauds, matériel pour l’entretien des skis, matériel habituel et sac de couchage chaud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Inscription**

21 *au 24 janvier 2020*

à faire parvenir **impérativement** pour le dimanche 19 janvier

par mail **obligatoirement** à cette adresse : [inscriptions.ski67@gmail.com](mailto:inscriptions.ski67@gmail.com)

et à votre responsable de club

NOM et prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Paragraphe à remplir par les parents des mineurs et à conserver avec les papiers**

Je, soussigné(e) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ autorise les médecins à pratiquer sur mon enfant \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ toute intervention en cas d’urgence et souhaite être averti(e) au n° de téléphone suivant : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Signature : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_