

TARIFS DE L'ECOLE POUR LA SAISON 2019-2020

29/30 semaines* de cours (à partir du 14). * (hors jours fériés)

- | | | |
|-----|---|-------|
| 1- | ECOLE GALAXIE DE MINI-TENNIS (2015-2016) | 135 € |
| | 1 h par semaine avec licence | |
| 2- | ECOLE GALAXIE DE TENNIS DECOUVERTE (2012-2013-2014) | 175 € |
| | 1 h par semaine avec licence | |
| 3a- | ECOLE DE TENNIS (2002 à 2011) | 255 € |
| | 1 heure de cours par semaine | 355 € |
| | 2 heures de cours par semaine | |
| | Avec Licence + carte d'accès tous terrains | |
| 3b- | CENTRE D'ENTRAINEMENT TENNIS COMPETITION | 455 € |
| | 3 heures de cours par semaine | |
| | Avec Licence + carte d'accès tous terrains | |
| 4- | COURS COMPLEMENTAIRE | 35 € |
| | <u>1 heure en individuel ou en collectif (max 2 personnes)</u> | |
| | <u>Pour les enfants en école de tennis (25 € au lieu de 35 €)</u> | |

L'équipe d'encadrement se compose :

- De moniteurs diplômés DE dont Etienne Marlière.
- D'Initiateur Fédéral 2eme degré



Dans le cadre de l'activité tennis et pour la promotion de celui-ci, des photos ou vidéos prises lors des activités du club peuvent être utilisées pour des affiches ou pour le site internet. Le fait d'adhérer au SOM tennis implique, sans restriction aucune, l'acceptation de cette diffusion de l'image.

CONTACT : somtennis72@orange.fr



Fiche d'inscription école de tennis Saison 2019-2020

-Formule choisie : N° _____ Paiement : Chèque - Espèces- Bons ANCV- Bons CAF

Entourez le jour du cours souhaité :

Mercredi Matin - Mercredi après midi

Samedi matin - Samedi après-midi (jusqu'à 14h30)

Soir en semaine à partir de 17h30 (+ de 10 ans) : lundi - mardi - jeudi - vendredi

L'ENFANT NOM et Prénom :

Adresse :

Code postal et Ville :

Date de Naissance : ___ / ___ / ___ Niveau : Débutant/Loisir / Classé

LE(s) RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom : _____

☎ : _____ ☎ : _____

Adresse Email: _____

OBSERVATIONS DES PARENTS :

RAPPEL : Les parents doivent s'assurer de la présence d'un enseignant avant de laisser leurs enfants au club. EN CAS D'ACCIDENT :

Nom du médecin traitant : _____ ☎ : _____

Je déclare autoriser le SOM Tennis en la qualité du professeur ou de l'initiateur, à prendre en mes lieu et place, toutes décisions utiles si, de l'avis du médecin, mon enfant devait subir, d'extrême urgence, une intervention chirurgicale.

A _____ Le : ___ / ___ / ___ Signature du Responsable :