

# Stage d'Ostende de tennis de table – Dirk Roels

7 juillet 2025 – 11 juillet 2025



## Informations générales

**Lieu du stage :** Mr V-Arena, Sportparklaan 6, 8400 Ostende

**Début :** lundi 7 juillet 2025 à **9h30**

**Fin :** vendredi 11 juillet 2025 à **16h30**

Choix entre **internat** (4 nuits, pension complète, goûter) ou **externat** (avec ou sans lunch)

**Nombre de places :** 60 (en internat) + 20 (en externat)

Le rendez-vous est fixé à la **Mr V-Arena, le lundi 7 juillet 2025 à 9h30.**

## Hébergement en internat

Auberge de jeunesse **De Ploate**, Langestraat 72, 8400 Ostende / **Tel. :** 059/80.52.97

Chambres de 2, 3 ou 4 personnes

## Prix du stage

**Internat :** 525 euros / **Externat :** 260 euros (avec lunch) ou 220 euros (sans lunch)

**(Réduction de 20 euros par membre d'une même famille)**

## Organisation d'une journée

De **9h30 à 12h** et de **13h45 à 16h30**

Technique, tactique, services, condition physique,...

5 entraîneurs + 5 sparrings de bon niveau (B0)

**Mercredi :** piscine en suppl. (maillot + bonnet obligatoire)

## Conditions d'inscription

**Âge :** de 7 ans à 77 ans

**Pas de classement minimum requis**

**Inscription avant le 20 juin 2025** (deux possibilités) :

- **En ligne :** <https://forms.gle/8Wp1Dbmj5rRPBcqY9> ou code QR
- **Bulletin ci-joint** à compléter et à renvoyer à Dirk Roels

**Paiement avant le 20 juin 2025** (acompte non-remboursable de 300 euros avant le 20 mai)

En espèce à remettre en main propre ou par virement (de préférence) :

- **Dirk Roels - BE46 0638 9679 4236 (comm. : Ostende + nom du stagiaire)**

**Fiche médicale ci-jointe** à compléter et à remettre le premier jour du stage

**Aucune inscription ni paiement du solde ne sera possible après le 20 juin 2025.**

\*Interdiction de fumer et de consommer de l'alcool dans les chambres ou dans la salle.

\*Les indisciplinés seront automatiquement renvoyés sans conditions préalables.

\*Les organisateurs déclinent toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

# Bulletin d'inscription au Stage d'Ostende 2025

## À renvoyer au plus tard pour le 20 juin 2025 :

Dirk Roels  
Rue Auguste Lambiotte 138  
1030 Schaerbeek

### Coordonnées

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classement : \_\_\_\_ Club : \_\_\_\_\_

### Choix du stage (cochez)

- Internat (525 euros)
- Externat avec lunch (260 euros)
- Externat sans lunch (220 euros)

### Mode de paiement (cochez)

- Espèces en main propre
- Virement (de préférence)
- Autre : \_\_\_\_\_

### Piscine (cochez)

- Oui
- Non

### Cochez si nécessaire

- Végétarien
- Halal

# Fiche médicale pour le Stage d'Ostende 2025

## Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Docteur traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## Vignettes de la mutuelle à apposer + se munir de sa carte sociale SIS

--	--

## Cochez et complétez

1. Vaccin antitétanique :  Oui  Non / Si oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Sérum antitétanique :  Oui  Non / Si oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Réactions allergiques :  Oui  Non / Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
4. L'enfant est-il incontinent ?  Oui  Non
5. Groupe sanguin : \_\_\_\_ RH : \_\_\_\_
6. L'enfant est-il sujet à des crises nerveuses, syncopes, épilepsie ou autres maladies ?  
 Oui  Non / Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
7. L'enfant sera-t-il en possessions de médicaments lors du stage ?  
 Oui  Non / Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
8. L'enfant est-il sujet à des crises de somnambulisme ?  Oui  Non
9. Autres précautions à prendre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dans le cas où il serait impossible de me contacter, je soussigné(e) \_\_\_\_\_, demeurant à \_\_\_\_\_ (tel. : \_\_\_\_\_), autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer au Stage d'Ostende.

J'autorise Monsieur Roels à prendre toutes mesures d'ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques engagés par les organisateurs.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur :