

PIECES A FOURNIR

OBLIGATOIRES

- Photocopie du carnet de vaccination
ou attestation médicale de vaccination à jour
- Attestation d'assurance Responsabilité Civile extra scolaire
- N° Allocataire CAF
- Avis d'imposition 2007

Attention, tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte



- Toutes ces activités sont accessibles à tous les jeunes de GAP ou de l'extérieur.
- Activités à la journée ou à la demi-journée et encadrées par des éducateurs sportifs diplômés.

⇒ **INSCRIPTIONS**

à partir du mardi 23/03/2010

Direction des Sports
LA PROVIDENCE
Bd Charles de Gaulle
05000 GAP

SECRETARIAT OUVERT
DU LUNDI AU VENDREDI
DE 8h A 12h
ET DE 13h30 A 17h30

⇒ **LIEU DE RENDEZ-VOUS**

Piscine de la République
SAUF Tir à l'arc et tournoi de foot



⇒ **TARIFS**

JOURNEE : 5,60 € *

½ JOURNEE : 2,80 € *

Transport encadrement
et matériel compris (sauf VTT)

NOMBRE DE PARTICIPANTS

de 7 à 16

selon les activités programmées

LE CENTRE

D'ANIMATION

SPORTIVE

DE LA VILLE DE GAP

vous propose son

**PROGRAMME DES
ACTIVITES SPORTIVES
POUR LES 12 -17 ANS**

**VACANCES DE PAQUES
2010**

Renseignements :

Ville de GAP -Direction des Sports

sport@ville-gap.fr

04.92.53.24.21

PROGRAMME DES ACTIVITES APPN

VACANCES DE PAQUES 2010 :

| JOURS | HORAIRES | ACTIVITES |
|------------------|---------------------------|---|
| Mardi 6/04 | 14h-16h 10h-17h | - Tir à l'Arc au COSEC - Stage Escalade |
| Mercredi 7/04 | 10h-17h | - Stage Escalade |
| Jeudi 8/04 | 13h30-17h30 | - VTT |
| Vend. 9/04 | 13h-17h30 5 13H-18H | - Tournoi foot salle LAFAILLE - Via Ferrata |
| Lundi 12/04 | 14h-16h30 | - Tir à l'Arc/Tennis de table au COSEC |
| Mardi 13/04 | 10h-17h | - Via Ferrata (facile) |
| Merc 14/04 | 10h-17h | - Escalade |
| Jeudi 15/04 | 13h30-17h | - VTT |
| Vend 16/04 | 10h-17h | - Parc Aventure à DIGNE |

**En cas de mauvais temps, repli sur
installations sportives de la Ville**



*La Direction des Sports est responsable de votre
enfant pendant les créneaux d'activités
Merci de bien vouloir respecter les horaires.*



BULLETIN D'INSCRIPTION

ADOLESCENT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Sexe :

ADRESSE :

Tél. :

PARENTS ou RESPONSABLES

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Tél. Domicile :

Tél. Travail :

Mail @

J'autorise mon enfant
à se rendre seul et à partir seul du C.A.S.

OUI NON

En cas d'urgence, j'autorise les
responsables du CAS à prendre les
mesures nécessaires pour la santé de mon
enfant.

Signature des Parents :