

**A retourner avant
le 5 Septembre 2016**

TENNIS PERISCOLAIRE

(Hors temps scolaire (T.A.P))



Nom du Responsable

Club : Adresse mail:

Port : | | | | |

Actions conduites en 2015/2016

PERISCOLAIRES	Classes concernées *				Séances				Encadrement *				
	Nom du groupe scolaire	Maternelle Petite et Moyenne	Grande section CP/CE1	CE2/CM1/CM2	Toutes classes confondues	Nombre de séances dans l'année	Nombre d'enfants concernés	Quel(s) jour(s) ?	Quel(s) Horaire(s) ?	DE du club	DES du club	Prof. EPS	Educ. Municipal

* Merci de cocher la case correspondante

Avez-vous signé une convention

OUI NON

Matériel pédagogique fourni :

- Par le club OUI NON
- Par la mairie OUI NON
- Par l'école OUI NON
- Autre :

Financement:

- Par le club OUI NON
- Par la mairie OUI NON
- Par les parents OUI NON
- Co financement : OUI NON

Les actions ont-elles eu lieu :

- Dans les écoles : OUI NON
- Au club : OUI NON

Les trajets sont sous la responsabilité :

- du club: OUI NON
- de la mairie : OUI NON

Actions prévues pour 2016/2017 :

.....
.....