

L'**Alliance Judo Jiu-jitsu Lyon**,  
ainsi que les  
**MJC Laënnec-Mermoz, Monplaisir**  
et **Espace 4 vents** vous proposent  
un stage Multi-sports pour les  
enfants du club de 8 à 15 ans

Au programme :

Judo, Jujitsu, Jujitsu Brésilien  
**Laser Game et Bowling**  
Préparation du corps à l'effort  
Arbitrage  
Suivie des Championnat  
du Monde de Jujitsu combat

Coût du stage :

1 jour : 25 euros  
2 jours : 45 euros

Dojo des États Unis

Tram T4, T6 ou C22  
Arrêt CISL Prof. Beauvisage

**Inscription à ramener avant**  
**Mercredi 16 Oct. 2024**



# Alliance Judo Jiu-jitsu Lyon

a le plaisir de vous  
proposer des  
**stages**  
**Multi-sports**  
pour les  
8/15 an

**Les mercredi**  
**23 et 30 Oct. 2024**

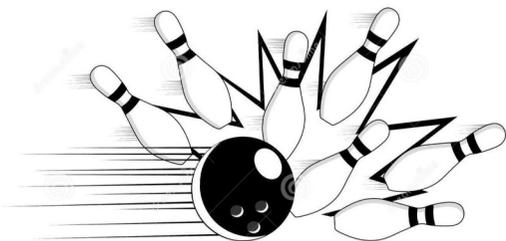
**Dojo Espace 101**  
**101 boulevard des**  
**États-Unis**  
**69 008 Lyon**





## HORAIRES ET PLANNING

- 9h : Accueil (devant l'espace 101)
- 9h30-12h : Judo/Jujitsu ou Activité
- 12h30-13h30 : Pique-nique
- 14h-16h30 : Activité ou Judo/ujitsu
- 17h : Départ des enfants



**Pour tous renseignements  
appeler Thomas au  
07.56.89.90.51**

## A PRÉVOIR

- Kimono et Ceinture
- Tongs et bouteille d'eau
- **2 tickets de transport ou carte TCL**
- Pique-nique et goûter  
**(Pas de soda ni de gâteau apéritifs)**
- Une tenue adapté aux activités  
(Vêtements et chaussure de sport)
- Un manteau chaud ou étanche suivant le temps

## INSCRIPTION AU STAGE

**J'inscris** mon fils / ma fille

Son NOM: .....

Son PRÉNOM .....

Né(e) le: ...../...../.....

Son Adresse: .....

Votre Mail: .....

- Je règle pour 1 jour **25€** le 23  le 30

- Je règle pour les 2j **45 €**

En espèce  Par chèque

Chèque à l'ordre de l'**Alliance Judo Jiu-jitsu**

**Personne à prévenir en cas d'accident :**

Téléphone domicile: .....

Téléphone portable: .....

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

autorise mon fils/ma fille .....

à participer au stage organisé par l'Alliance Judo Jiu-jitsu le **23 et/ou 30 Avril. 2024.**

**En cas d'accident:**

J'autorise les professeurs à faire effectuer toute intervention médicale susceptible d'être nécessaire.

DATE: ...../...../.....

SIGNATURE du représentant légal du mineur

