**DEMANDE D’AUTORISATION POUR PRATIQUE SCOLAIRE DE COURSE D’ORIENTATION**

**2023 - 2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SITE | | |
| Choix d’Etablissement | Nom de l'Etablissement | | |
| **Adresse :** Cliquez ici pour écrire l’adresse | | | |
| **Ville :** Cliquez ici pour écrire le nom de la ville | | **CP :** Cliquez ici pour écrire le CP | |
| **N° Téléphone :** Cliquez ici et écrivez le numéro | | **Courriel :** Cliquez ici pour écrire l’adresse courriel | |
| **Chef d’établissement :** Cliquez ici pour écrire le nom | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classe :** Choisissez | | **Nombre de participants :** Choisissez | | | **Niveau de course :** Choisissez. | |
| **Enseignant EPS Responsable du groupe** : Cliquez ici pour écrire le nom | | | | | | | |
| **N° Téléphone :** Cliquez ici et écrivez le numéro | | | **Choix du créneau horaire : de**  heure **à**  heure | | | | |
| **Date**  ***(\*) ( \*\* )*** | Cliquez ici | Cliquez ici | | Cliquez ici | | Cliquez ici | |
| Cliquez ici | | Cliquez ici | | Cliquez ici | | Cliquez ici | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classe :** Choisissez | | **Nombre de participants :** Choisissez | | | **Niveau de course :** Choisissez. | |
| **Enseignant EPS Responsable du groupe** : Cliquez ici pour écrire le nom | | | | | | | |
| **N° Téléphone :** Cliquez ici et écrivez le numéro | | | **Choix du créneau horaire : de**  heure **à**  heure | | | | |
| **Date**  ***(\*) ( \*\* )*** | Cliquez ici | Cliquez ici | | Cliquez ici | | Cliquez ici | |
| Cliquez ici | | Cliquez ici | | Cliquez ici | | Cliquez ici | |

Ce formulaire est à transmettre par courriel  à: [bois-des-hates@ville-tours.fr](mailto:bois-des-hates@ville-tours.fr) et/ou [s.leborgne@ville-tours.fr](mailto:s.leborgne@ville-tours.fr)