**Affaire suivie par :** A Angoulême, le 13 septembre 2021.

ROCHER Sami - Conseiller Technique départemental

Maison des sports – Domaine de la Combe

241 Rue des Mesniers – 16710 Saint Yrieix

Tél. : 06 14 36 79 79‬ - Mail : rochersami@gmail.com **Destinataires :**

* Athlètes du pôle
* Pagayeurs Charentais Pagaie Verte-Bleue

**STAGE CDCK PAU ET FOIX DU 22 AU 31 OCTOBRE**

**Lieux :**  DU 22 AU 31 OCTOBRE A PAU ET FOIX

**Départ :**  VENDREDI 22 à 16h30

**Retour :**  DIMANCHE 31 DANS LA SOIREE

**Hébergement :** AUBERGE DE JEUNESSE

**Objectifs de l’action :**

* DEVELLOPEMENT DES HABILITES EN EV
* PARTICIPATIONS A 2 DOUBLES REGIONALES (PAU ET FOIX)

**Public concerné :**

* Athlètes du pôle
* Pagayeurs Charentais Pagaie Verte-Bleue

**Coût :**

* 170-200€

**Matériel nécessaire :**

* Bateaux de slalom + Gilet, casque aux normes, pagaie + affaires de bateau
* Tenue de sport complète !!!
* **LOT DE MASQUE POUR LES DÉPLACEMENTS EN CAMION,** Tente, duvet, chaise, couverts, matériel nécessaire au camping…
* **PASS SANITAIRE OBLIGATOIRE**

**R1 et cadres :** ROCHER Sami (R1), ZOE WAELES + Alexis PERNELLE + ?

**Camions :** CDCK16 (Pôle) + CDCK16 BASE + CAMION MANSLE

**Renseignement et inscriptions :**

TRANSMETTRE UNE REPONSE PAR CLUB UNIQUEMENT PAR MAIL **AVANT LE 11 OCTOBRE 2021** - DÉLAIS DE RIGUEUR

ROCHER Sami - Conseiller Technique départemental - Maison des sports - Domaine de la Combe

241 Rue des Mesniers – 16710 Saint Yrieix - Tél. : 06 14 36 79 79‬ - Mail : rochersami@gmail.com

**✁-----------------------------------------✁---------------------------------------✁----------------------------------✁**

CLUB : ..................................... .......................... .......................... ..........................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **Cat.****Cadet****Junior****Senior** | **Sexe****M ou F** | **Bat.****K1****C1****C2** | **ADRESSE** | **TEL** | **MAIL** | **N° LICENCE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

VENEZ LE JOUR DU DÉPART AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS => PAS DE DÉPART SANS CE DOCUMENTS !!!

Désire(nt) participer à l’action organisée par le CDCK16 du 22/10/2021 au 27/10/2021.

Merci de passer par vos clubs pour centraliser les inscriptions.

RETOUR AVANT **LE 11 OCTOBRE 2021.**

**✁-----------------------------------------✁---------------------------------------✁----------------------------------✁**

**Fiche sanitaire**

**Stage départemental « Charente » Canoë-Kayak**

**(A faire remplir pour tous les compétiteurs mineurs par leur responsable légal)**

1. **Les coordonnées du sportif :**

Nom : ............................................................................ Prénom : ........................................ Date de naissance : ......................................

Adresse : .......................................................................................................................................................................................

Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

1. **Questionnaire santé :**

Le sportif souffre-t-il d’allergies, de diabète, de migraines, d’épilepsie, ou de toute autre maladie ou handicap ? Oui  Non 

Si oui, préciser : ....................................................................................................................

Est-il allergique à certains produits (antibiotiques, élastoplast, aspirine...) ? ............................. ...................

Est-il particulièrement sensible à la pénicilline ? ...........................................................................................................................................

Reçoit-il un traitement médical régulier ?....................................................................................................................................................................

A-t-il un régime alimentaire ou des besoins sur le plan diététique ?......................................................

Autres informations : ....................................................................................................................................................................................................................

Nom et adresse du médecin traitant : ....................................................................................................................................

Numéro de téléphone : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ / \_ \_ /\_ \_

1. **Déclaration parentale Santé :**

J’autorise que mon fils/ma fille puisse recevoir des traitements dentaires, médicaux ou chirurgicaux, y inclus l’anesthésie ou la transfusion du sang, qui seraient considérées comme nécessaires par les autorités médicales présentes.

1. **Coordonnées en cas d’urgence :**

Nom de la personne à prévenir : .................................................................................................................................

Numéro de téléphone de la maison : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Numéro de téléphone du travail : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Numéro du portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

Adresse du domicile : ..........................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Signature des parents ou tuteurs :**

J’autorise mon fils, ma fille à participer au stage :

**STAGE TOUSSAINT PAU ET FOIX DU 22 AU 27 OCTOBRE 2021 .**

Attention : si votre enfant suit 1 traitement médical, vérifiez qu’il dispose de ses médicaments

Nom (en majuscule) : ...................................................................................................................................................

**Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Signature :**