

**STAGE DE FORMATION AMFPC et MFPC SAISON 2021/2022  
 ET PERSONNES VOULANT SE PERFECTIONNER EN SECURITE BATEAU  
 LES 2 ET 3 Avril 2022 A LATHUS**

**LIEU :** Centre de plein air du CPA Lathus

**PRIX :** Hébergement et restauration pris en charge dans le cadre de la formation pour les AMFPC et MFPC en formation  
 => **Pour les personnes voulant se perfectionner sur ce stage sécu une participation de 20€ est demandée.**

**DATES :** Du samedi 2/04/2022 au dimanche 3/04/2022.

**DEPART :** le 2/04/2022 à 5H30 à COGNAC, 5H15 JARNAC, 6H15 AU CDOS à St Yrieix

=> 3 camions prévus : COGNAC et AUBETTERRE.

*Pour les personnes désirant se rendre pas leur propre moyen* = RDV au CPA de Lathus à 8H45

=> Pensez à covoiturer et à vous organiser.

**FIN :** le 3/04/2022 à 16H30 / 17H00 à Lathus. Retour prévu 18H30 au CDOS

**PUBLIC CONCERNE :** AMFPC en formation (voir liste ci-dessous) : Saison 2021 /2022 + **toutes personnes majeures désirant se perfectionner en sécurité bateau.**

**LISTE DES AMFPC :**

	Diplôme(s)	NOM	PRENOM		• CLUB	DPT
1	AFMPC	CAMPAS	STEPHANIE	STAGE SECURITE	• Ruelle	16
2	AFMPC	ROY	BENJAMIN	STAGE SECURITE	• JSCK	16
3	AFMPC	YVONNET-JOUBERT	JUSTINIEN	STAGE SECURITE	• JSCK	16
4	AFMPC	MAUGET	JULES	STAGE SECURITE	• FALM	16
5	AFMPC	FRANCOIS	SIMON	STAGE SECURITE	• FALM	16
6	AFMPC	RATIER	JULES	STAGE SECURITE	• ACK	16
7	AFMPC	ROBELIN	ENZO	STAGE SECURITE	• AUBETERRE	16
8	AFMPC	PELLISSIER	HUGO	STAGE SECURITE	• AUBETERRE	16
9	AFMPC	GIBAUD	NATHAN	STAGE SECURITE	• FALM	16
10	AFMPC	NADAUD	PIERRICK	STAGE SECURITE	• RUELLE	16
11	AFMPC	MERCIER	CELINE	STAGE SECURITE	• ACK	16
12	AFMPC	CHENU	Gabrielle	STAGE SECURITE	• ACK	16
					•	

**Confirmation obligatoire pour tout le monde AVANT LE 26 MARS 2022**

**CADRES :** KRZYCZKOWSKI Franck, DIEUSART Thomas... =>

**Il manque des cadres pour la formation**

**Ouvert au cadre du cdck16 – venez-vous remettre dans le bain !!!**

**OBJECTIFS DU STAGE :**

- Stage en grande partie consacré à la sécurité, aussi bien théorique que pratique.
- Thèmes de connaissances générales à aborder, soit en travail en ateliers, soit en cours magistraux
- (Environnement...)
- Evaluation des niveaux des stagiaires pour l'examen : un peu de technique de base...
- Point sur les séances en structure **(OBLIGATION POUR LES INITIATEURS EN FORMATION DE RENDRE 5 FICHES DE SEANCES REALISEES EN STRUCTURE)**

**MATERIEL NECESSAIRE :**

- Kayak polyéthylène manœuvrier, muni de réserves de flottabilité, gilet aux normes, pagaies, cordes de sécurité, Double tenues de navigation, chaussons et ou chaussures aux pieds !!!
- Prévoir Combinaison épaisse 3-4 mm au minimum et longue si vous avez. **Possibilité de récupérer les combinaisons du CDCK16 pour cela donner votre taille pour que je puisse m'organiser avant le 25 MARS** (taille 1 S/M, taille2 M/L, taille3 L/XL taille4 XL, taille5 XXL) ou combinaison à Lathus (à confirmer)
- Nécessaire pour prises de notes (une plaquette ou planchette en bois ou plastique peut être la bienvenue)
- Mémento de l'initiateur et du moniteur
- Vêtements chauds, duvet, tenue de pluie (au cas où ... le cadre doit toujours prévoir)

**POUR TOUTES INFORMATIONS, QUESTIONS, INSCRIPTIONS par mail :**

KRZYCZKOWSKI Franck @: [krzyczkowski.franck@gmail.com](mailto:krzyczkowski.franck@gmail.com) / Tel: 06 22 09 74 39

	<p><b><u>FICHE D'INSCRIPTION</u></b>  <b>STAGE SECURITE DE LATHUS</b>                  2/04/2022 au 3/04/2022  <i>A retourner -KRZYCZKOWSKI Franck</i>                  38 rue Basse de Crouin -16100 COGNAC                  Tél : 06.22.09.74.39 ou mail :  <a href="mailto:krzyczkowski.franck@gmail.com">krzyczkowski.franck@gmail.com</a></p>	
--	--	--

NOM :	PRENOM :
Club :	N° Carte Canoë Plus :
Date de naissance :	
Adresse : CP + Ville	
Téléphone :	Mail (obligatoire) :
Niveau Pagaies Couleurs	<b>Eau vive VERTE OBLIGATOIRE</b>

**AUTORISATION DES PARENTS (pour les mineurs uniquement)**

Je soussigné Mme, M .....

Tuteur légal de .....

L'autorise à participer au module de la formation Aspirant Monitorat Fédéral Pagaies Couleurs qui se dérouleront A LATHUS 2/04/2022 AU 3/04/2022.

Contacts téléphoniques (domicile, travail, portable) : .....

J'autorise le responsable du stage à prendre toute décision concernant une éventuelle intervention chirurgicale.

N° de sécurité sociale : .....

Signature du tuteur légal (parents)

Fait à ....., le .....



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
 Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON       FILLE

### DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
 ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : ..... Signature : .....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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