

## Invitation et Courrier aux Jeunes Sélectionnés du CDCK16 pour la TRASS du 16 au 24 août 2023

**Affaire suivie par :**

Kévin SPONEM – CTFD16  
work.kevinsponem@gmail.com  
06 87 51 69 12

A Saint Yrieix le 23 juin 2023

**Destinataires :**

Clubs du CDCK16  
Jeunes sélectionnés

Tu as été retenu(e) pour participer à la TRASS, la Tournée Rhône Alpes Auvergne Slalom Sprint (du 17 au 24 août 2023 ST Pierre de Bœuf, Sault Brenaz et Yenne). (Voir Bulletin informatif joint à cette invitation).

Au niveau du CDCK16, l'objectif est d'avoir une dynamique sportive avec l'ensemble des jeunes U15 et U12 des clubs charentais impliqués dans une démarche sportive.

Pour cette première fois pour un déplacement du CDCK16 sur la TRASS, il est impératif que chaque jeune participant à l'action soit à minima pagaie verte eau vive avec un esquimautage assuré en classe 2/3. Seul les U15 et U18 pourront participer aux courses en vertu du règlement de la TRASS. Les U12 sélectionnés qui viendront sur le stage participeront à l'ensemble des séances hors compétitions.

Actuellement étant seul cadre sur l'action avec le permis je pourrais uniquement emmener 8 jeunes au maximum. Je me réserve le droit de faire des choix sur la sélection si plus de 8 jeunes inscrits.

Voici à suivre un programme prévisionnel de l'action (Voir Bulletin informatif joint à cette invitation et les informations liés à l'action)

Départ : RDV mercredi 16 août à 9H au CDOS à ST Yrieix sur Charente. (Prévoir le pique-nique du midi).

Retour : jeudi 24 août vers 20H au CDOS à ST Yrieix sur Charente. (Horaire à confirmer)

Hébergement : En toile de tente au camping de la lône ou bassin de ST Pierre de Bœuf du 16 au 20 août puis camping au bassin de l'Isle sur la Serre du 20 au 24 août.

**R1: Sponem Kevin Tél.: 06-87-51-69-12 / work.kevinsponem@gmail.com**

Cadres : Si un cadre avec permis est disponible possibilité d'emmener une voiture ou un camion en plus.

Camions : CDCK16 + Remorque

**Prix : - 315€ maximum pour les participants inscrits sur la compétition U15 et U18 uniquement (Coût avant prise en charge du CD environ 550 €)**

**- 240 € maximum pour les U12 ne pouvant pas participer à la compétition. (Coût avant prise en charge du CD environ 475 €)**

**La différence de prix s'explique par les 75€ d'inscription à la course, mon objectif et de faire un stage au coût le plus juste je vous propose la fourchette haute maximal car le coût peut varier énormément en fonction du nombre de présent.**

Merci au club de régler le stage par virement uniquement à réception de la facture faites à la suite de l'action

Tu devras également prévoir le matériel personnel ci-dessous :

<p><u>Pour le weekend:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Pique-nique du mercredi Midi</li><li>➤ Sac de couchage et matelas</li><li>➤ Affaires de toilette</li><li>➤ 2 tenues de kayak (bottillons indispensables)</li><li>➤ Kayak slalom équipés en état et insubmersible</li><li>➤ Canoë slalom équipés en état et insubmersible pour ceux qui veulent participer en canoë</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Vêtements de rechange</li><li>➤ Affaire de footing</li><li>➤ Toile de tente pour 2 ou 3 jeunes (organises cela avec tes camarades sélectionnés et ton club) – un point sera fait au départ de l'action</li></ul>
---	--

Le CD prendra 2 à 3 kayaks de kayak cross en complément pour réaliser des entrainements pour les épreuves, si vous avez des bateaux petits gabarit je suis preneur, n'hésitez pas à me contactez.

## Invitation et Courrier aux Jeunes Sélectionnés du CDCK16 pour la TRASS du 16 au 24 août 2023

**Liste des sélectionnés :** (\*sélectionnés TRASS CRCKNA déplacement avec l'équipe du comité régional)  
J'ai dressé cette liste en fonction de ce que j'ai pu voir sur les stages, le challenge jeune du CDCK16 et le classement national slalom ainsi que les sélectionné sur l'équipe régional à l'heure d'aujourd'hui si j'ai oublié une personne que vous considérez avoir le niveau requis n'hésitez pas à m'en faire part pour que l'on échange.

(°Non prioritaire, possibilité de participer si les plus jeunes ne sont pas présent pour remplir le déplacement ou en cas de deuxième cadres et véhicule)

**En cas de réponse négative ou intérêt pour les non prioritaire n'hésitez pas à m'en faire part le plus rapidement possible également que je puisse anticiper pour donner des réponses rapidement.**

U12	U15	U18
*DELAUNAY Gabin ROBELIN Louise MENAGE Paul LORRAIN Samuel	*VRIGNAUD Ana *GERBEAU Suzanne LARENAUDIE DANTON Sacha GRAVEREAUX Valentin VALENTIN Côme ROBELIN Ewen DALGALARONDO Joani GRANDPIERRE Cyprien BASSET BACLES Brice MOREL Mika FORESTIER Félix	BROULLIET Marion °SEDRUE Clara °BORDES Timothée °MAUGET Jules °SOURBE Lorenzo °RATHIER Jules °LACOUDRE Nolann

**Bulletin d'engagement à me retourner très rapidement par mail uniquement**  
**([work.kevinsponem@gmail.com](mailto:work.kevinsponem@gmail.com)) en passant par ton club avec la fiche sanitaire**  
**en fin de document!!! (avant le 09/07/2023):**

Je soussigné (nom, prénom) \_\_\_\_\_, autorise mon fils /ma fille \_\_\_\_\_, à participer à la TRASS du 16 au 24 août 2023.

Catégorie : U12 / U15 / U18 (entourer la bonne catégorie)  
Il/Elle souhaite participer en : K1 / C1 / K1 et C1 (entourer le bon choix)

En outre, nous autorisons les autorités médicales à prendre toutes les mesures d'ordre médical nécessaires en cas de problème ou accident notamment.

Personne à prévenir en cas d'accident : \_\_\_\_\_

Tel fixe: \_\_\_\_\_ Tel portable: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature

**Invitation et Courrier aux Jeunes  
Sélectionnés du CDCK16 pour la TRASS  
du 16 au 24 août 2023**



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



N° 10008\*02

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Invitation et Courrier aux Jeunes  
Sélectionnés du CDCK16 pour la TRASS  
du 16 au 24 août 2023**

**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**

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