

## INVITATION STAGE EAUX-VIVES CDCK16 ET PÔLE ESPOIRS À SAINT PIERRE DE BŒUF DU 31 OCTOBRE AU 5 NOVEMBRE 2023

**Départ :** RDV mardi 31 octobre au club d'Angoulême – Iles de Bourgines 8h.

**Prévoir Pique-Nique du vendredi Midi !!!**

**Retour :** Retour au club d'Angoulême le dimanche vers 22h.

### Objets du stage :

<b>Public concerné</b>	U18 Pôle espoir + U15 CDCK16 liste 1 et 2 + U12
<b>Objectifs du stage</b>	<p><u>Effectif pôle (U18) :</u> Travail spécifique compétition et développement. SR de Foix en fin de stage pour l'aspect compétition.</p> <p><u>Effectif jeune U12/U15 :</u> Développement des qualités techniques et de l'aisance en eau vives. SR de Foix en fin de stage pour l'aspect compétition.</p>

**Liste des stagiaires :** Rappel : (Les listes U12 ET U15 sont non exhaustive, modifiable et actualisable à chaque vacance en fonction des appréciations du référent et des cadres sportifs des clubs. Certaines actions resteront ouvertes sur proposition des cadres.)

LISTE POLE U18 (*U15)		LISTE 1 U15	LISTE 2 U15	LISTE U12
LYNN GB TIMOTHE BORDES JULES RATHIER JULES MAUGET CLARA SEDRUE TOM PAGNON LUCAS GRANDJEAN	NOLANN LACOUDRE MARION BROUILLET THEO CHETOUI LEO ALLAIS ROBIN GUIGNARD SACHA LARENAUDIE	EWEN ROBELIN	ELIOTT COMTE	LOUISE ROBELIN

**Hébergement :** SAINT PIERRE DE BOEUF

**R1 Stage:** AUGU Lucas - [polecdek16@gmail.com](mailto:polecdek16@gmail.com) – 0623884993  
 SPONEM Kevin - [ctfdcdck16@gmail.com](mailto:ctfdcdck16@gmail.com) - 0687516912

**R1 adjoint U15 :** DOMTI Hicham - [hic.d86@gmail.com](mailto:hic.d86@gmail.com) - 0641190730

**Cadres :** Sébastien et Émilie LARENAUDIE - DANTON

**Camion :** CDCK16 POLE + CDCK16 SPORT + CLUB ou CDCK16 (23 places au stage)

**Prix :** 280 € Maximum sportifs hors Charente

240 € Maximum sportifs charentais

Les factures seront envoyées au club après le stage et ajustées en fonction du bilan financier de celui-ci, le prix indiqué au-dessus correspond à l'estimation haute du coup du stage.

### Matériel :

- Bateau en bon état et aux normes (poids, taille...), affaire de sport.
- Affaire de kayak chaude et en double, affaires de pluies, matériels de kayak aux normes (40L de gonfles obligatoire pour TOUS !!!).
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges pour l'ensemble du stage
- Tenues de randonnées, de sport CO, outils pour récupérer des dossiers vidéo.
- Duvet et affaire de toilette

**Inscriptions (A centraliser et à envoyer par le club uniquement)**

**Coupon-réponse à envoyer par mail :**

**AUGU Lucas - [polecck16@gmail.com](mailto:polecck16@gmail.com) et à SPONEM Kevin – [ctfdcdck16@gmail.com](mailto:ctfdcdck16@gmail.com)**

**La liste des inscriptions sera clôturée le 18 octobre 2023 à minuit**

**Aucune inscription ne sera prise après cette date.**

Club : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom	N° Licence	Sexe (H/F)	Date de naissance	Niveau de pagaie couleur	Catégorie

Remplir la fiche de liaison sanitaire ci-après et l'autorisation parentale pour les mineurs ! Une par stagiaire.

**ATTENTION :**

Pensez à afficher l'invitation suffisamment tôt pour que les jeunes et les parents soient au courant du stage à l'avance

- La liste des inscriptions sera clôturée le 10 octobre à minuit, aucune inscription ne sera prise après cette date. Afin de confirmer la réservation de l'hébergement, la restauration...

- Un mail peut suffire à : AUGU Lucas - [polecck16@gmail.com](mailto:polecck16@gmail.com) et à SPONEM Kevin – [ctfdcdck16@gmail.com](mailto:ctfdcdck16@gmail.com)

- Les fiches de liaison sanitaire doivent absolument être fournies au plus tard le jour du départ sinon aucun départ ne sera possible !!! - Elles peuvent être envoyées par mail avant ou donner au début du stage.

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs uniquement)**

Je soussigné Mme, M .....

Tuteur légal de .....

L'autorise à participer au stage organisé par le CDCK16 à Saint Pierre de Bœuf qui se déroulera du 31 au 5 novembre 2023.

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



## 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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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   
 ALIMENTAIRES      oui  non

MÉDICAMENTEUSES      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**

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