

INVITATION WEEK-END EAUX-VIVES CDCK16 ET PÔLE ESPOIRS À PAU DU 20 AU 22 OCTOBRE 2023

Départ : RDV vendredi 20 octobre au club d'Angoulême – Iles de Bourginès 8h.

Prévoir Pique-Nique du vendredi Midi !!!

Retour : Retour au club d'Angoulême le dimanche vers 20h.

Objets du stage :

Public concerné	U18 Pôle espoir + U15 CDCK16 liste 1
Objectifs du stage	Stage d'eaux vives spécifique à la performance slalom : simulation de courses, vidéos... Profiter d'être sur les Pyrénées pour naviguer longtemps sur du bassin naturel.

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.)

Pour ce stage voici les listes des jeunes concernés, pour les U15 nous avons définis un ordre de priorité car nous sommes limités par le nombre de place dans les minibus et nous devons donc faire des choix. Dans une même liste nous nous engageons à faire tourner les effectifs. S'il reste de la place le R1 pourra inviter un sportif qu'il aura identifié.

LISTE POLE U18 (*U15)		LISTE 1 U15 (par ordre de priorité)
LYNN GB	NOLANN LACOUDRE	GABIN DELAUNAY
TIMOTHE BORDES	MARION BROUILLET	EWEN ROBELIN
JULES RATHIER	THEO CHETOUI	COME VALENTIN
JULES MAUGET	LEO ALLAIS	CYPRIEN GRANDPIERRE
CLARA SEDRUE	ROBIN GUIGNARD	FELIX FORESTIER
TOM PAGNON	SACHA LARENAUDIE*	
LUCAS GRANDJEAN	VALENTIN GRAVERAUX*	

Hébergement : AIRBNB (2 hébergements de 8 avec 1 cadre dans chaque)

R1 Stage et Pôle : AUGU Lucas - polecdck16@gmail.com – 0623884993

R1 adjoint U15 : DOMTI Hicham - hic.d86@gmail.com - 0641190730

Cadres : SOKOLIK Amaury (Cadre athlète et chauffeur)

Camion : CDCK16 POLE + CDCK16 SPORT (15 places)

Prix : 160 € Maximum

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 gonflés obligatoire pour TOUS !!!).
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges...
- Tenues de randonnées, de sport CO, outils pour récupérer des dossiers vidéo.

**Inscriptions (A centraliser et à envoyer par le club uniquement)
 Coupon-réponse à envoyer par mail :**

AUGU Lucas - polecck16@gmail.com – 0623884993

La liste des inscriptions sera clôturée le 10 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 – 0623884993

- 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 Pau qui se déroulera du 20 au 22 octobre 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 légale (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

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