

INVITATION WEEK-END EAUX-VIVES CDCK16 À TOURS-VEIGNE DU 18 AU 19 NOVEMBRE 2023

Départ : RDV samedi 18 octobre au club d'Angoulême – Iles de Bourginés à 7h30.

Prévoir Pique-Nique du samedi Midi !!!

Retour : Retour au club d'Angoulême le dimanche vers 19h.

Objets du stage :

Public concerné	U15 liste + liste U12 + jeune pagaie verte sur demande (voir avec Kevin)
Objectifs du stage	<u>Effectif jeune U12/U15 :</u> Développement des qualités techniques et de l'aisance en eau vives. Partage de séance avec les jeunes du Pôle.

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 U12	LISTES U15			LISTE PARTENAIRE U18	
	LISTE 3	LISTE 2	LISTE 1	N3	N2
LOUISE ROBELIN SAMUEL LORRAIN PAUL MENAGE	TIMEO LABAT PAUL VUILLET BEATRICE LORRAIN VIOLETTE BLONDET	JOANI DALGARARONDO ANA VRIGNAUD SUZANNE GERBAUD HUGO JOBIT ELIOTT COMTE	CYPRIEN GRANDPIERRE FELIX FORESTIER	MIKA MOREL MAXENCE GABRIEL BRICE BASSET- BACLÈS CYPRIEN PEROCHON TIMOTHE GARDES	NIELS COMTE BENJAMIN ROY GABRIELLE CHENU MANON JOUBERT

Hébergement : HOTEL PREMIERES CLASSE (Attention actuellement 18 places de réservez, merci de communiquer rapidement vos intentions de venir ou non sur le stage à Kevin pour qu'il puisse réserver plus de place à l'hôtel si besoin)

R1 Week-end : SPONEM Kevin – ctfdcdck16@gmail.com – 0687516912

Cadres : Cadre complémentaire !!!

Camion : CDCK16 RUFFEC + Minibus club !!!

Prix : 90 € 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 gonfles 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 :

SPONEM Kevin – ctfdcdck16@gmail.com – 0687516912

La liste des inscriptions sera clôturée le 8 novembre 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 8 novembre 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 : SPONEM Kevin – ctfdcdck16@gmail.com – 0687516912

- 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 Tours qui se déroulera du 18 au 19 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 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 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

.....

