

INVITATION WEEK-END EAUX-VIVES PÔLE ESPOIRS À TOURS-VEIGNE DU 17 AU 19 NOVEMBRE 2023

Départ : RDV vendredi 17 novembre au club d'Angoulême – Iles de Bourgines 8h.

Prévoir Pique-Nique du vendredi Midi !!!

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

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... Partager du temps de navigation et échange avec les plus jeunes.

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 (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	(PS : possibilité de départ le Samedi matin pour
CLARA SEDRUE	ROBIN GUIGNARD	les U15 ne pouvant pas louper les cours du
TOM PAGNON	SACHA LARENAUDIE*	vendredi sur le stage CD voir avec Kevin)
LUCAS GRANDJEAN	VALENTIN GRAVERAUX*	

Hébergement : HOTEL PREMIERES CLASSE

R1 Stage et Pôle : AUGU Lucas - polecck16@gmail.com – 0623884993

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

Cadres : CHERCHE UN CADRE AVEC PERMIS !!!

Camion : CDCK16 POLE + CDCK16 SPORT (15 places)

Prix : 135 € 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 :

AUGU Lucas - polecdck16@gmail.com – 0623884993

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 : AUGU Lucas - polecdck16@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 Tours qui se déroulera du 17 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 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 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

.....

