

## INVITATION WEEK-END EAUX-VIVES CDCK16 À TOURS DU 9 au 10 Mars 2024

**Départ :** RDV samedi 9 mars 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 :

<b>Public concerné</b>	U15 liste Pôle*, 1 et 2 + liste U12 + jeune pagaie verte sur demande
<b>Objectifs du stage</b>	<u>Effectif jeune U12/U15 :</u> Développement des qualités techniques et de l'aisance en eau vives. Navigation sur bassin de slalom travail des fondamentaux

**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	LISTES U15	LISTE U18 + U15 POLE*
	LISTE 2	LISTE 1	N3 – Attention priorité au U12/U15 si manque de place !!!
LOUISE ROBELIN SAMUEL LORRAIN PAUL MENAGE AUBIN VRIGNAUD THOMAS DURAND BENJAMIN DELOFFRE	BEATRICE LORRAIN MARGAUX POBEL HANAE GARIN BOUDEY TIMEO LABAT LUCAS ROUGER NOLAN MAYOUX PAUL VUILLET LUCAS DELCOURT PICHELIN	ANA VRIGNAUD SUZANNE GERBAUD COME VALENTIN EWEN ROBELIN ANGEL CHACHAJ BOURGEOIS ELIOT COMTE HUGO JOBIT ADONIS PERRIN KAALAN EPINOUX ARTHUR LEBRETON JOANI DALGARAGONDO	SACHA LARENAUDIE* VALENTIN GRAVERAUX* GABIN DELAUNAY* MIKA MOREL MAXENCE GABRIEL BRICE BASSET-BACLES JUSTINIEN YVONNET- JOUBERT PAUL DE SUTTER JOSEPH LORRAIN LORENZO SOURBE MAXIME TISSERON

**Hébergement :** Chalet au camping des Acacias ou Hôtel, merci de communiquer rapidement vos intentions de venir ou non afin de réserver le bon nombre de chalet ou chambre d'Hôtel.

**R1 Week-end :** DOMTI Hicham - [hic.d86@gmail.com](mailto:hic.d86@gmail.com) - 06 41 19 07 30

**Cadres :** SPONEM Kevin – [ctfdcdck16@gmail.com](mailto:ctfdcdck16@gmail.com) – 0687516912  
Cadre complémentaire !!!

**Camion :** CDCK16 x2 + 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 maximal 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 !!!).
- Poncho pour se changer ++
- 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](mailto:ctfdcdck16@gmail.com) et DOMTI Hicham [hic.d86@gmail.com](mailto:hic.d86@gmail.com)

**La liste des inscriptions sera clôturée le 6 Mars 2024 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 6 Mars 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](mailto:ctfdcdck16@gmail.com) et DOMTI Hicham [hic.d86@gmail.com](mailto:hic.d86@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 Tours qui se déroulera du 9 au 10 Mars 2024.

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
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 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)**

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

**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**

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