

## INVITATION STAGE pôle préparation N2 Pau 8 au 10 Mars

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

**Retour:** Retour au pôle le dimanche vers 21h

### Objets du stage :

<b>Public concerné</b>	N2 Charentais + U15 invités par l'entraîneur
<b>Objectifs du stage</b>	Préparation spécifique N2 Pau

**Hébergement :** air bnb

**R1 Stage et Pôle :** AUGU Lucas - [polecdck16@gmail.com](mailto:polecdck16@gmail.com) – 0623884993

**Camion :** CDCK16 POLE + CDCK16 SPORT

**Prix :** 180€ 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 maximale 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 TOUT les N2).
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges...
- matériel pour garder des vidéos

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

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

AUGU Lucas - [polecdck16@gmail.com](mailto:polecdck16@gmail.com) – 0623884993

**La liste des inscriptions sera clôturée 29 février à minuit**

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

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

Nom, Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance	Niveau de pagaie couleur	Groupe souhaité : 1 = Découverte 2 = Développement en EV


**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**

- N'hésitez pas à leur transmettre par papier l'information du stage
- La liste des inscriptions sera clôturée le 29 février 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) – 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 du 8 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**

.....

.....

.....

.....

.....