

INVITATION AU STAGE JEUNE CDCK16 EAU VIVE

ST PE DU 14 AU 17 AVRIL

Départ : RDV dimanche 14 avril 2024 à 8H00 au CDOS à Saint Yrieix.

Prévoir Pique-Nique du dimanche Midi !!!

Retour : Retour au CDOS à Saint Yrieix le mercredi 17 avril vers 18-19H.

Objets du stage :

Public concerné	Licencié FFCK en club Charente – Stage Ouvert Pratiquant avec un niveau pagaie verte ou (très bon pagaie jaune)
Objectifs du stage	Apprentissage et perfectionnement du Slalom Navigation sur les bassins de ST Pé Développement des habiletés en eau vive Sport et animation collectif Découverte de la vie en groupe et en collectivité, encadrement par d'autres personnes que les cadres habituels

Hébergement : Hébergement en pension complète à l'ensemble Scolaire Le Beau Rameau 1 place Saint Michel Garicoits 64800 LESTELLE-BETHARRAM

R1: DOMTI Hicham (Stagiaire DEJEPS) – 06 41 19 07 30 – hic.d86@gmail.com

Cadres : SPONEM Kévin (CDCK 16) - 06 87 51 69 12 - ctfdcdck16@gmail.com

Toutes autres personnes motivées !!!

(Si vous avez des AMFPC et MFPC n'hésitez pas à les impliquer sur ce stage).

En fonction des cadres présents et conducteurs disponibles nous pourrions être amenés à limiter le nombre de place sur le stage ...)

Camion : CDCK16 x 2 + ???

Prix : **120 euros par stagiaires** (coût du stage sans aides des clubs et du CDCK16 environ 250€). Le paiement se fera sur envoi des factures à la fin du stage au club.

Pour les stagiaires rejoignant le stage après la course nationale 3 de Sauveterre le montant sera adapté pour prendre uniquement la pension complète (70 € avec aide) et le trajet retour (25 € avec aide si nécessaire).

Matériel :

- Bateaux de slalom en bon état insubmersibles équipés aux normes FFCK
- Gilet, casque, chaussons tenant aux pieds, pagaie(s) adaptée(s).
- Prévoir des affaires chaudes pour la pratique du kayak au moins 2 tenues complètes
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges,
- Poncho pour se changer +++
- Deux à 3 tenues de sport complète (chaussures de sport) pour le plein air avec 1 KW
- Duvet et affaire de rechange pour 3 jours

Inscriptions (A centraliser et à envoyer par le club uniquement)
Coupon-réponse à envoyer par mail :
SPONEM Kevin (CDCK16) – 06 87 51 69 12 – ctfdck16@gmail.com
et DOMTI Hicham- 06 41 19 07 30 - hic.d86@gmail.com
La liste des inscriptions sera clôturée le 31 Mars 2024 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 31 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 et DOMTI Hicham – ctfdcdck16@gmail.com et 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 !!! - Elle 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 organiser par le CDCK16 à ST PE qui se déroulera du 14 au 17 Avril 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



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
 Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

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

.....

