

INVITATION STAGE PÔLE ESPOIR SLALOM ANGOULEME À PAU ET FOIX DU 24/10 AU 2/11/2025

Départ : Départ vendredi 24/10 à 7h00 à Bourguine (pôle)

Prévoir Pique-Nique du vendredi midi !

Retour : Retour au pôle le dimanche 2/11 vers 20h00 à Bourguine (pôle)

Objets du stage :

Public concerné	Pôle espoir + Partenaires + U15 sélectionnés par l'entraîneur									
Objectifs du stage	Rentrée du pôle espoir : création et cohésion de groupe Préparation de la saison 2026									
Programme	V 24/10	S 25/10	D 26/10	L 27/10	M 28/10	M 29/10	J 30/10	V 31/10	S 1/11	D 2/11
	Pau	SR Pau	SR Pau	Pau Orthez	Pau Orthez	Pau Orthez	Foix	Foix	SR Foix	SR Foix
				Stage Jeunes CDCK16 à confirmer						

Liste des stagiaires :

LISTE POLE ESPOIR	LISTE DES INVITÉS – SELECTION ENTRAINEUR
1. Chetoui Théo 2. Couzi Améli 3. Delaunay Gabin 4. Vrignaud Ana 5. Gravereaux Valentin 6. Chataigner Gabriel 7. Robelin Ewen 8. Grandjean Léanna 9. Brunet Axel 10. Dumas Dimitry 11. Bozon Paul	12. Ménager Paul 13. Labat Timéo 14. Vrignaud Aubin 15. EPINOUX KAALAN 16. MOREL MIKA Sur demande auprès de Nicolas Labat.

Hébergement : Pau : Chalets les okiri à Baudreix (05 59 92 97 73) / Foix : Camping du lac (05 61 65 11 58)

R1 Stage et Pôle : LABAT Nicolas - nicolas.aj.labat@gmail.com – 06 61 39 36 11

Cadre : Nous recherchons 1 cadre ou 1 parent pour accompagner sur cette action

Camion : CDCK16 POLE + CDCK16 SPORT

Prix : 300 € Prévisionnel

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 les N2).
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges...
- Tenues sport, outils pour récupérer des dossiers vidéo.

Inscriptions : Pensez à vous inscrire sur les 2 doubles sélectifs régionaux !!!

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

Coupon-réponse à envoyer par mail :

LABAT Nicolas - nicolas.aj.labat@gmail.com – 06 61 39 36 11

La liste des inscriptions sera clôturée 6/10/2025 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 1/10/2025 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 : LABAT Nicolas - nicolas.aj.labat@gmail.com – 06 61 39 36 11**
- **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/Foix qui se déroulera du 24/10 au 2/11/2025.

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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	1 – ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE: _____
	GARÇON ☐ FILLE ☐

DATE DU SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

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				Méningite	
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE 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.

L'enfant a-t-il un P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **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, ni sans P.A.I.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ 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) ENPRÉCISANT 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 :

Téléphone : Adresse mail :

Nom : Prénom :

Téléphone : Adresse mail :

*Je soussigné(e),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 :