

INVITATION CDCK16 À LA N3 À SAUVETERRE DU 11 AU 12 AVRIL

Départ : RDV samedi 11 avril 2026 à 7h au CDOS à Saint Yrieix.

Prévoir Pique-Nique du samedi midi !!!

Retour : Retour au CDOS à Saint Yrieix le dimanche 12 avril vers 20-21H.

Objets de l'action :

Public concerné	Clubs Charentais et compétiteurs N3 du Pôle
Objectifs du stage	Accompagner les compétiteurs N3 du pôle et clubs Charentais Amener une dynamique départementale Apporter un soutien logistique aux clubs Charentais (coaching, poste vidéo...)

Hébergement : Camping de Sauveterre (réservé pour 45 personnes) ; cuisine commune avec soutien matériel apporter par le CDCK16

R1 : PAJAUD Julien (CDCK16) – 06 87 51 69 12 – ctfdcdck16@gmail.com

Accompagnateur : LABAT Nicolas ; cadres de clubs s'intégrant à la dynamique CD et les juges de portes

Camion : CDCK16 x1 (ou 2 si besoin) et véhicules clubs

Prix : **60 euros par stagiaire** (coût de l'action sans aides des clubs et du CDCK16 sinon environ 85€). Le paiement se fera sur envoi des factures à la fin du stage adressé au club.

Matériel :

- Bateau(x) de slalom aux normes (gonfle, anneau de bosse, poids...)
- Gilet, casque et chaussons aux normes + pagaie(s)
- Vêtements chauds (blouson, pantalon KW...)
- Poncho pour se changer (pas de vestiaire)
- Se regrouper entre personne du même club dans les tentes
- Affaire pour le camping dont duvet, matelas et oreiller
- Affaire de rechange pour 1 jour

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

Coupon-réponse à envoyer par mail :

PAJAUD Julien (CDCK16) – 06 87 51 69 12 – ctfdck16@gmail.com

La liste des inscriptions sera clôturée le 29 mars 2026 à minuit

Aucune inscription ne sera prise après cette date.

Club :

Nom, Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance	Niveau de pagaie couleur

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 mars à minuit, aucune inscription ne sera prise après cette date. Afin de confirmer la réservation de l'hébergement et préparer la logistique du déplacement.
- Un mail peut suffire à : PAJAUD Julien – ctfdcdck16@gmail.com
- Les fiches de liaison sanitaire et autorisation parentale 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 à l'action organiser par le CDCK16 à Toulouse qui se déroulera du 11 au 12 Avril 2026
et donne mandat au Comité Départemental de Canoë Kayak de la Charente SIREN 381450 188 pour engager
toutes dépenses en son nom relative à l'hébergement, alimentaire et frais lié à la pratique nautique ou sportive.

Contacts téléphoniques (domicile, travail, portable) :
En cas de besoin urgent et sans avoir réussi à prendre contact avec le responsable légal, 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 ☐ NON	VARICELLE ☐ OUI ☐ NON	ANGINE ☐ OUI ☐ NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ ☐ OUI ☐ NON	SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE ☐ OUI ☐ NON	OTITE ☐ OUI ☐ NON	ROUGEOLE ☐ OUI ☐ NON	OREILLONS ☐ OUI ☐ NON	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES 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

.....

