

INVITATION N1 n°1 LES ROCHES DU DIABLE, GUILLIGOMARC'H

Départ : RDV JEUDI 19/02 à 7H00 à Bourguine (pôle)

Prévoir Pique-Nique du vendredi midi !

Retour : Retour à Bourguine (pôle) le dimanche 22/02 vers 22H00

Liste des N1:

1. Couzi Améli
2. Sedru clara
3. Alizazou faysal
4. Babin cerise
5. ...
6.

Hébergement : à définir

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

Camion : CDCK16 POLE

Prix : factures au coût réel après l'action

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

Important:

- Inscrire les athlètes pour la compétition.

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 13/02/2026 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 13/02/2026 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 aux Roches du diable qui se déroulera du 19/02 au 22/02/2026.

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 :