

INVITATION REGROUPEMENT SLALOM CDCK 16 Ruelle-sur-Touvre LE 28/02/2026

Début : samedi 28/02 à 10h00 au club de Ruelle-sur-Touvre

Prévoir Pique-Nique pour le midi !

Fin : samedi 28/02 à 16h00 au club de Ruelle-sur-Touvre

Objets du stage :

Public concerné	U18 + U15 + U12		
Objectifs de la formation	Préparation à la régionale de dimanche		
Programme	10h – 12h30	12h30 – 13h30	13h30 – 16h00
	Accueil + Technique thème trajectoire ; percussion des mouvement d'eau	Repas	Technique format concentration pyramide de porte + Bilan de la journée

Liste des stagiaires : Toutes personnes souhaitant réaliser cette formation

R1 Stage et Pôle : PAJAUD JULIEN - ctfcdcdck16@gmail.com– 06 87 51 69 12

Cadre : PAJAUD JULIEN + Autre(s) cadre(s) de club présent

Prix : 0 €

Matériel :

- ☐ Pique-nique pour le midi
- ☐ Bateau en bon état et aux normes (poids, taille...)
- ☐ Affaire de kayak chaude et en double, matériels de kayak aux normes (40L de gonfles obligatoire pour TOUS).

Inscriptions

Coupon-réponse à envoyer par mail :

PAJAUD Julien – ctfdcdck16@gmail.com – 06 87 51 69 12

La liste des inscriptions sera clôturée 23/02/2026 à minuit

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 23/02/2026 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 : PAJAUD Julien – ctfdcdck16@gmail.com – 06 87 51 69 12**
- ☐ **Les fiches de liaison sanitaire peuvent être envoyées par mail avant ou donner au début de l'action.**

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs uniquement)

Je soussigné Mme, M

Tuteur légal de

L'autorise à participer à la formation organisé par le CDCK16 à Ruelle-sur-Touvre qui se déroulera le 28/02/2026.

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

1 – ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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 :