

INVITATION STAGE SLALOM CDCK 16 ST PIERRE DE BŒUF DU 07/02 AU 11/02/2026

Départ : Départ samedi 7/02 à 7h00 à Bourguine (pôle)

Prévoir Pique-Nique du samedi midi !

Retour : Retour au pôle le mercredi 11/02 vers 20h00 à Bourguine (pôle)

Objets du stage :

Public concerné	U15 + U12				
Objectifs du stage	DÉVELOPPEMENT DES TECHNIQUES EN EAUX VIVES				
Programme	S 07/02	D 08/02	L 09/02	M 10/02	M 11/02
	Voyage + 1 séance (technique coup de pagaie)	<u>Réveil musculaire :</u> course à pied (10')	<u>Réveil musculaire :</u> activation articulaire (15')	<u>Réveil musculaire :</u> course à pied (10')	1 séance (technique chicane) + voyage
		2 séances (technique stops et reprise ; technique bac) + intervention sur les facteurs techniques en eaux vives	2 séances (technique décalé ; descentes du bassin en entier) + séance de mobilité	2 séances (confrontation avec lot ; surf) + intervention sur le programme sportif et le règlement fédéral	

Liste des stagiaires :

LISTE DES STAGIAIRES CIBLÉS	LISTE DES INVITÉS – SELECTION ENTRAINEUR
1. Robelin Louise 2. Delaunay Louise 3. Millet Léna 4. Guinaudeau Lilou 5. Gauvrit Antoine 6. Millet Timéo 7. Lorrain Samuel 8. Montaubin Dorian	Liste complémentaire si désistement ou ajout d'un camion : 9. Deloffre Benjamin 10. Declide Axel 11. Proust Axel 12. Payet Marius 13. Delaisse Jules 14. Monier Elisa 15. Araujo Pires Rafael 16. Vila Tilouen Autre, sur demande auprès de JULIEN PAJAUD.

Hébergement : Gîte la Pinède El Pinto à Les Haies (<https://www.gites-de-france.com/fr/auvergne-rhone-alpes/rhone/la-pinede-el-pinto-69g3056?from=2026-02-07&to=2026-02-11&adults=3&children=24&infants=0>)

R1 Stage et Pôle : PAJAUD JULIEN - ctfcdck16@gmail.com – 06 87 51 69 12

Cadre : PAJAUD JULIEN + **Nous recherchons 1 cadre pour accompagner sur cette action**

Camion : CDCK16 DÉVELOPPEMENT + AUTRE SI SECOND CADRE

Prix : 180 € 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).
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges...
- Plusieurs tenues de sport et basket pour courir, outils pour récupérer des dossiers vidéo.

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

Coupon-réponse à envoyer par mail :

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

La liste des inscriptions sera clôturée 26/01/2026 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 26/01/2026 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 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 ST PIERRE DE BŒUF qui se déroulera du 7/02 au 11/02/2026.

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 :