



# STAGE CDCK69

## PAQUES 2014

**RESPONSABLE** : Yannick Vericel / **ENCADRANTS** : 1 BEES + 1 pers. majeure

**OBJECTIFS DU STAGE** : Navigation Rivière

**LIEUX** : VOGUË (Ardèche)

**DATES (4 journées)** : Voir planning. Du lundi 28 avril 2014 au jeudi 1 mai 2014.

**HEBERGEMENT & RESTAURATION** : Hébergement et de restauration au centre Lou Capitelle à Voguë (07) : [www.loucapitelle.com](http://www.loucapitelle.com)

	<i>Lundi 28 avril 2014</i>	<i>Mardi 29 avril 2014</i>	<i>Mercredi 30 avril 2014</i>	<i>Jeudi 1 mai 2014</i>
Pdj	-	OUI	OUI	OUI
MATIN	Navigation Vallon Pont D'arc	Parcours Rivière	Parcours Rivière	Parcours Rivière
Repas	Pique-Nique à apporter par le stagiaire	Oui	Oui	Oui
APRES-MIDI	Navigation Vallon Pont D'arc	Parcours Rivière	Parcours Rivière	Parcours Rivière
Repas	Oui	Oui	Oui	-
HEBERGEMENT	Centre Lou Capitelle (07)	Centre Lou Capitelle (07)	Centre Lou Capitelle (07)	-

**PARTICIPATION FINANCIERE (pour les 4 jours)** : Le coût du stage est de 130 euros après participation financière du CDCK69.

	Implication dans le milieu Fédéral	Coût Final***
Licencié FFCK club du Département du Rhône	OUI	130.00 €

La participation comprend l'encadrement, le transport, l'hébergement et la restauration.

**INSCRIPTIONS & RENSEIGNEMENTS :**

**INFOS** : Yannick Vericel – [yvericel@randovive.com](mailto:yvericel@randovive.com)

**DOSSIER COMPLET A RETOURNER A** : Yannick Vericel 3 Rue Detroyat 69330 MEYZIEU

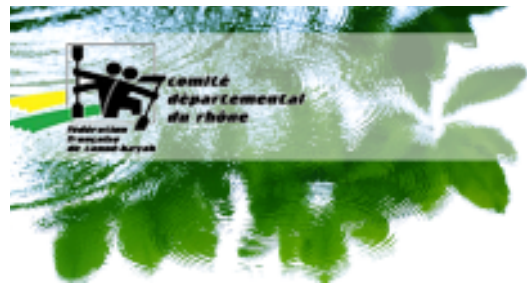
**LIMITE DES INSCRIPTIONS** : 13 avril 2014 minuit

**Nombre de Places : 8**

**CONDITIONS D'ADMISSION :**

- Stage ouvert aux Benjamins et Minimes **soit 11 ans minimum**
- Posséder la carte canoë+ et la licence fédérale avec son visa médical de non-contre indication médicale à la pratique des activités canoë-kayak et disciplines associées. **OBLIGATOIRE.**

**MATERIEL A PREVOIR** : Pique nique pour le déjeuner du premier jour, duvet, affaires de rechange et de toilette, ...Pour l'activité ck : K-way, collant épais conseillé, combinaison néoprène non obligatoire mais utile s'il fait froid ... **bateau personnel, pagaie, gilet de sauvetage, casque au normes en vigueur, chaussures fermées. ATTENTION !! PAS DE BATEAU DE RODEO OU SIMILAIRE.**



# STAGE CDCK69

## PAQUES 2014

NOM :		<i>Ne rien coller, ne rien inscrire</i>
PRENOM :		
ADRESSE :		
CODE POSTAL / VILLE :		
DATE NAISSANCE :		
TELEPHONE(s) :		
EMAIL :		
N° CARTE CANOE+ :	NUMERO & NOM DU CLUB :	
DATE DE STAGE :		

Personne pouvant être contactée pendant le stage pour toute raison (médicale, accident, ... ou autre)

NOM :
PRENOM :
ADRESSE COMPLETE :
TELEPHONE :

Accompagner votre demande de :

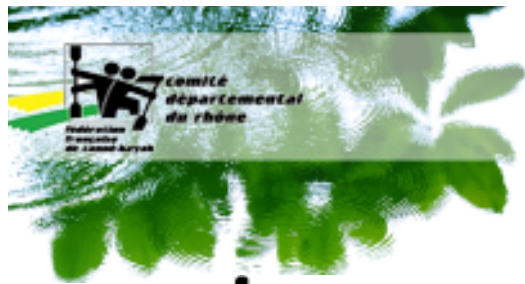
- Cette fiche d'inscription.
- La fiche sanitaire de liaison.
- Copie de **La licence FFCK avec certificat médical en cours de validité**
- Un chèque en règlement du stage libellé à l'ordre du **Comité du Rhône de Canoë-Kayak**

**DOSSIER COMPLET A RETOURNER A : Yannick Vericel 3 Rue Detroyat 69330 MEYZIEU**

**LIMITE DES INSCRIPTIONS : 13 avril 2014 minuit**

<b>LE STAGIAIRE</b> <u>Signature de l'intéressé(e)</u>	<b>POUR LES MINEURS</b> <u>Signature de(s) parent(s).</u>
	Je soussigné(e) ..... atteste que mon enfant ..... sait nager, l'inscrit au stage canoë-kayak du <b>28 avril 2014 au 1 mai 2014</b> , autorise le responsable du stage à faire pratiquer toute intervention chirurgicale et à faire donner les soins médicaux qui apparaîtraient indispensables sur avis médical.
	A ..... le .....





# STAGE CDCK69

## PAQUES 2014



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008\*02

### 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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)

.....

.....

.....

.....

.....



# STAGE CDCK69

## PAQUES 2014

### 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

.....  
.....  
.....  
.....

