

CONVOCAATION STAGE 2 **sans hébergement** février 2017

Lieu : Tarn et 31 suivant les niveaux d'eau	Dates : du mercredi 15 au vendredi 17 fév 2017
contact : Ludovic 06 38 805 705	3 jours
Objectif(s) :	<ul style="list-style-type: none"> • Slalom en eaux vives
Sélection départementale Attention nombre de place limitée	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les compétiteurs du département
Déplacement : prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Mercredi 15 fév accueil au comité entre 9h et 9h30 retour 17h • jeudi 16 fév accueil au comité entre 9h et 9h30 retour 17h • vendredi 17 fév accueil au comité entre 9h et 9h30 retour 17h
Hébergement :	<ul style="list-style-type: none"> • SANS HEBERGEMENT
Restauration :	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer son pique-nique pour TOUS les midi.
Matériel à emporter :	<ul style="list-style-type: none"> • un survêtement, des chaussures de sport, montre, gourde. • Pour la navigation, prévoir deux changes avec combinaison ou Helly Hansen + K-way, jupe, casque. • Bateau aux normes (anneaux de bosse, cales pieds, chandelles, gonfles)
Encadrement :	<ul style="list-style-type: none"> • Ludovic DELAHAYE (CDCK81) • autres cadres à confirmer
Tarif : Les inscriptions à la réception du paiement date limite de réception le 03/02/2017.	<ul style="list-style-type: none"> • le coût est alors de : 60 € - 30€ • reste 30 € par stagiaire. Chèque à l'ordre du CDCK81

AUTORISATION PARENTALE

valable pour toute l'année 2017 informer le responsable du stage de toutes modifications : traitement/ contre-indication...

Je soussigné(e).....

adresse :.....

Tel domicile :..... Tel portable :Tel pro. :.....

Père – Mère – Tuteur légal (1) de(Nom et prénom du stagiaire)

Né(e) leà

* Donne aux responsables dont DELAHAYE LUDOVIC CTD 81 l'autorisation de prendre toutes décisions qu'ils jugeraient utile devant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale urgente.

* Accepte que mon enfant soit dirigé vers l'hôpital ou l'établissement de soins le plus proche et (ou) le plus adéquat,

STAGIAIRE : (Nom – Prénom)

CLUB :

Groupe sanguin de l'athlète (s'il est connu) :

Date du dernier vaccin antitétanique :

Suit-il un traitement ?

Si oui, lequel ? (éventuellement joindre photocopie de l'ordonnance) :

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

Quels sont , pour le stagiaire, les médicaments ou traitements faisant l'objet d'une contre-indication ?

(risque d'allergie etc..) :

.....

Nom et adresse – numéro de téléphone du médecin de famille :

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

AUTRES RENSEIGNEMENTS QU'IL VOUS PARAÎT UTILE DE COMMUNIQUER :

.....
.....

(1) rayer les mentions inutiles

Fait à, le

signature