

**CONVOCATION** stage eaux vives Foix avril 2016

Lieu : stade d'eau vive du Rebech Foix (09)	Dates : du 25/04 au 29/ 04 / 2016 <b>5 jours</b>
contact : Ludo 06 38 805 705	
<b>Objectif(s) :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Slalom sur bassin de niveau « national »</li> <li>• Acquérir les fondamentaux techniques. Créer un groupe départemental, échanger, partager.</li> </ul>
<b>Athlète invités :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les compétiteurs du département</li> </ul>
<b>INFOS</b>	
<b>Déplacement :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Départ le 25/ 04 / 2016 : Arthès (vestiaire du Saut de Sabo) à <b>8 h 00</b>, aire de covoiturage Lavour à <b>9h00</b></li> <li>• Retour le 29/04/2016 : aire de covoiturage Lavour à <b>17h30</b>, à Arthès (vestiaire du Saut de Sabo) à <b>18 h 30</b></li> </ul>
<b>Hébergement :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hébergement au Gîte de LEGRILLOU à Brassac 09000</li> </ul>
<b>Restauration :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer son pique-nique pour le lundi midi.</li> <li>• Les autres repas seront préparés et partagés collectivement.</li> </ul>
<b>Matériel à emporter :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• un survêtement, des chaussures de sport, montre, gourde. <b>prévoir son duvet</b></li> <li>• Pour la navigation, prévoir deux changes avec combinaison ou Helly Hansen + K-way, jupe, casque.</li> <li>• Bateau aux normes (CODE du SPORT)</li> </ul>
<b>Encadrement :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ludovic DELAHAYE (CDCK81)</li> </ul>
<b>Tarif :</b>  <b>Les inscriptions à la réception du paiement + fiche sanitaire ci-jointe date limite de réception le 04 / avril / 2016.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le coût est alors de : 342 € - 202 €(bourse du comité)</li> <li>• <b>reste 140 € par stagiaire. Chèque à l'ordre du CDCK81. Encaissé à la fin du stage.</b></li> <li>• Fiche sanitaire à renvoyer sauf pour ceux qui ont déjà participé à un stage en 2016.</li> </ul>

AUTORISATION PARENTALE / FICHE SANITAIRE (1 fois par an)

Je soussigné(e).....

adresse :.....

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

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

Né(e) le .....à .....

\* 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