R1 de l'action : Dominique Laurent
dlarent@ffck.org - 0682934573

Championnats de France Minimes des Régions Descente
28 Octobre au 1 novembre – TOURS

Hébergement/Restauration : Mobil-Home Camping des Acacias / restauration en autonomie

Rendez-vous : Mercredi 28 octobre, départ **8h30** d'Angoulême

Fin de l'action : Dimanche 1 novembre vers 20h

Sélectionnés :

Dames	**Hommes**
DELOGE Alice (Castelnaud)	ARNAUD Antoine (Bommes)
GARDET Marie (Vallée du Dropt)	MARTIN Noé (Thouars)
KOUBAITI Nora (Vallée de Vonne)	MALETO Matéo (Neuvic)
LAMBERT Louann (Castelnaud)	NAVARRI Axel (Bommes)
LESCURE Olivia (Marsac)	PELLISSIER Hugo (Aubeterre)
MARIEN Lucie (Castelnaud)	PHAM DANG Antonin (Vallée de Vonne)
Remplaçante (si désistement)	**Remplaçant (si désistement)**
MERLANDE Elfy (Castelnaud)	BROSSARD Charlie (Vallée de Vonne)

Matériel : K1 et/ou C1 de descente aux normes et en bon état.(cf composition des équipes), gilet et casques aux normes, affaires chaudes, duvet.

Encadrement : Dominique LAURENT, Marceau FAGER, Emma ALLEGRE, Patrick BECHTOLD

Tarif : 100€ (avec la prise en charge du CRCKNA)

Confirmation le plus rapidement possible à :
dlaurent@ffck.org / 0682934573

Inscriptions individuelles pour la finale de Coupe de France à effectuer par le club dans le bateau de votre choix sur les pages dédiées FFCK descente

Fiche sanitaire
Stage régional Canoe Kayak

(A faire remplir pour tous les compétiteurs mineurs par leur responsable légal)

1. Les coordonnées du sportif :

Nom :.....Prénom :.....Date de naissance :
Adresse:
Téléphone :

2. Questionnaire santé :

Le sportif souffre-t-il d'allergies, de diabète, de migraines, d'épilepsie, ou de toute autre maladie ou handicap ? Oui ▫ Non ▫
Si oui, préciser : .....
Est-il allergique à certains produits (antibiotiques, élastoplast, aspirine,…) ? .....
Est-il particulièrement sensible à la pénicilline ? .....
Reçoit-il un traitement médical régulier ?.....
A-t-il un régime alimentaire ou des besoins sur le plan diététique ?.....
Autres informations : .....
.....
Nom et adresse du médecin traitant :
Numéro de téléphone :

3. Déclaration parentale Santé :

J'autorise que mon fils/ma fille puisse recevoir des traitements dentaires, médicaux ou chirurgicaux, y inclus l'anesthésie ou la transfusion du sang, qui seraient considérés comme nécessaires par les autorités médicales présentes.

4. Coordonnées en cas d'urgence :

Nom de la personne à prévenir :
Numéro de téléphone de la maison :
Numéro de téléphone du travail :
Numéro du portable :
Adresse du domicile :

5. Signature des parents ou tuteurs:

J'autorise mon fils, ma fille à participer au stage :
Descente à TOURS, du 28 Octobre au 01 novembre 2020
Attention : si votre enfant suit 1 traitement médical, vérifiez qu'il dispose de ses médicaments

Nom (en majuscule) :
Date :
Signature :