

R1 de l'action : **LAURENT Dominique**

Tél : 0682934573

Mail : [dlaurent@ffck.org](mailto:dlaurent@ffck.org)

## INVITATION STAGE **CEL /DESCENTE** - 20 au 24 Octobre 2020

**Lieu de l'action** : Argentat (19)

**Hébergement/Restauration** : Lycée Jeanne d'Arc, Argentat  
*Prévoir un pique-nique pour le mardi midi*

**Rendez-vous** : Mardi 20 octobre, Parking de la Piscine, Argentat à 12h00 (départs en région selon cadres et véhicules)

**Fin de l'action** : Samedi 24 octobre après la séance de l'après-midi (16h30)

**Objectifs de l'actions / Public** : Développement aérobie, travail des fondamentaux techniques, sprints en eaux-vives (préparation France Tours) et équipages.

Pagayeurs confirmés de minime à junior. U23 selon places disponibles.

**Course en Ligne (barrage Argentat) et Descente (Dordogne)**

48 places maximum, encadrement inclus

**Matériel** : Bateaux et matériel EC et/ou EV, tenues de bateaux et de sport (footing), vêtements chauds, bouteille d'eau, sac de couchage.

**Encadrement** : Dominique LAURENT + Marceau FAGET et autres cadres de l'ETR (Loic, Alban, ...).

**Déplacement** : Regroupement sur les camions des clubs en fonction des inscrits.

Réponse mail **par Club** avant le 7 octobre dernier délai à  
[dlaurent@ffck.org](mailto:dlaurent@ffck.org)

**Tarif : 90,00 €** à l'ordre du Comité régional de Canoë-Kayak de Nouvelle-Aquitaine (CRCKNA)

**Fiches sanitaires à fournir obligatoirement avant le début du stage.**

(A faire remplir pour tous les stagiaires 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 et ou Course en Ligne du 20 au 24 octobre 2020  
Attention : si votre enfant suit 1 traitement médical, vérifiez qu'il dispose de ses médicaments

Nom (en majuscule) .....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature :