Canoë Kayak Vertou

Fédération Française de Canoë-Kayak

INSCRIPTION STAGE DECOUVERTE CANOE-KAYAK

DATE DU STAGE 2025: (à cocher)

□ 7/11 juillet □ 15/18 juillet □ 21/25 juillet □ 25/29 Aout

NOM: PRENOM: AGE:

ADRESSE : Ville :

Email (écrire lisiblement, toute communication se fera par mail) :

Tarifs du stage : (règlement joint à l'inscription)

- 110€ pour le stage du 15 au 18 Juillet
- 130 € pour une inscription, 120€ pour deux inscriptions, 110 € pour 3 inscriptions
- Mini-stage à 90 € (2 journées à suivre hors vendredi)

Information :

- Joindre le test de natation (25 mètres) à l'inscription ou le jour même du stage
- Chaussure type tennis,
- Vêtement ne craignant pas l'eau, Crème solaire, cordon pour lunette,
- Savoir nager, Serviette (vestiaire et douche à disposition), Pique-nique le vendredi
- Possibilité de déposer le jeune ou de venir le chercher plus tard, prévenir le responsable
- Nous prévenir si le jeune peut avancer sur le parking sinon attente au club
- Test de natation possible sur place
- Horaire : 14h/16h le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi toute la journée (10h-16h)

Autorisation en page 2 à remplir

Canoë Kayak Vertou

Fédération Française de Canoë-Kayak

AUTORISATION PARENTALE STAGE 2025

Je soussigné (e) père, mère, tuteur légal :

NOM : …… Prénom : ……

Adresse :……

Autorise mon enfant : ……..

Né le : ……. Groupe Sanguin : ……..

A participé au stage, organisé par le CK Vertou du …….. au ……

Contacts téléphoniques (**obligatoire**) : ……..

Mail : ……..

► Traitement(s) médical (aux) en cours: Oui / Non (*rayer mention inutile*)
Si oui, préciser quel(s) traitement(s) et durée : ……..

► Allergie (s) : Oui / Non (*rayer mention inutile*)
Si oui, préciser le(s)quel(s) : ……

Nom et téléphone du Médecin traitant : ……

Autorisation pour une anesthésie générale :……

Personnes à joindre en priorité en cas de besoin :

Mme/Mr : …….. Tel : ……

Mme/Mr : …… Tel : ……..

Partie à compléter par le(s) responsable(s) légaux du jeune mineur :

Je soussigné(e) Madame/Monsieur : ……

En qualité de : Père / Mère / Tuteur légal (*rayer les mentions inutiles)* de ……

Autorise les responsables du CKV :

☐ A faire prodiguer en cas de nécessité les soins à mon enfant

☐ A faire hospitaliser ou opérer mon enfant en cas d'urgence

☐ A ne rien faire sans mon accord préalable

Fait à Le