**COMITE DEPARTEMENTAL CANOE KAYAK DU FINISTERE**

Prénom et nom

Espace Adonnante

45, rue des orques

29200 BREST

E-mail : marc.bercon@finistere360.com

 Tél : 02 98 76 21 31 / 06 74 70 14 51

**Convocation au Stage Départemental pagaies couleurs benjamin minime 15 ,16 , 17 février**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rendez-vous**  | Roches du diable 10 H |
| **Retour**  |  Fin du stage Roches du Diable 17 H  |
| **Public** | Benjamins et minime niveau pagaie jaune vers pagaie verte 16 PLACES |
| **Cadres**  | Lionel Dervet et Pascal Marrec + 1 moniteur en formation  |
| **Hébergement (lieu et type)** |  Gîte de Baanlec  |
| **Programme** |  Descente Moyen Elle , Scorff Slalom aux Roches footing ..Aisance en eau vive , slalom |
|   |
|   |
| **Matériel à prévoir** |  Vêtement de sport tennis, duvet, ……. |
|   |
|  Kayak manœuvrier d’eau vive ou de slalom avec réserves à l’avant et arrière.Tenue chaude + néoprène bottillons. Jupe néoprène si possible.  |
|  |   |
| **Prix :**  | 87 € |
| ***Pour les stages hors Bretagne papiers d’identité indispensable.***  |
| **Numéros en cas d'urgence** | 06 62 07 88 61 PASCAL |
| 06 48 30 04 55 lIONEL |

**AURORISATION PARENTALE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***A remettre au responsable du stage le premier jour du stage***

#

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………..…, père, mère, tuteur *(\*rayer les mention inutiles)*  de :

Prénom : ……………………………………………………..………… Nom : ……………………………………………………………………………………….…………………

Date et lieu de naissance : ……………………………………………………… à ……………………………………………………………………………………………

Numéro de sécurité sociale: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’autorise à participer à l’évènement : Préciser l’intitulé du stage, les dates et le lieu

organisé par :

Le COMITE DEPARTEMENTAL DE CANOE KAYAK FINISTERE

Et autorise les responsables du regroupement à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie ou d’accident ainsi que les autorités médicales à pratiquer tous les soins et interventions chirurgicales qu’ils jugeront nécessaires.

*Informations particulières (problèmes médicaux, allergies…) :*

Personne(s) à prévenir en cas d’urgence : :………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone :……………………………………………………………………. ou ……………………………………………………………………………………..

Fait à ……………………… , le …..… /…….. / ……….

Signature :