**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 Regroupement loisir ados le 22 Décembre**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rendez-vous**  | Roches du diable 9 H30 |
| **Retour**  | Roches du Diable 17 H 30 |
| **Public** | Ados Loisir club niveau pagaie jaune vers pagaie verte  |
| **Cadres**  | Marc plus cadre clubs selon le nombre d’inscrit et de clubs présents |
| **Hébergement (lieu et type)** |  A la journée  |
| **Programme** |  Descente Moyen Ellé , Scorff  |
|   |
|   |
| **Matériel à prévoir** |   |
|   |
|  Kayak manœuvrier d’eau vive avec réserves à l’avant et arrière.Tenue chaude néoprène … bottillons. Jupe néoprène si possible.  |
|  |   |
| **Prix :**  |  |
| ***Pour les stages hors Bretagne papiers d’identité indispensable.***  |
| **Numéros en cas d'urgence** | préciser nom et tel du cadre |
| préciser nom et tel du cadre |

**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 :