



Action suivie par :  
TESTER Sébastien  
CTRC Ile-de-France Canoë-Kayak  
CRIFCK  
47 quai Louis Ferber  
94360 Bry sur Marne  
Tél: 06 22 78 76 34  
E- mail : [sebastien.testier@wanadoo.fr](mailto:sebastien.testier@wanadoo.fr)

Bry, le 22/12/2005

Pour information :  
Président de la LIFCK  
Président des commissions  
Sportives  
Présidents des Comités  
Départementaux  
Pour diffusion :  
Présidents et entraîneurs de clubs

**Objet :** Convocation Stage Minime Multi disciplines

**Dates :** du Dimanche 12 au vendredi 17 Février 2006

**Lieu :** CREPS de Rhône Alpes – Site de Vallon Pont d'Arc  
Route de Salavas – B.P. 38 – 07150 Vallon Pont d'Arc - Tél : 04.75.88.15.10.



**Encadrement** : Sébastien TESTER, Albert PERNET, Stéphanie BENDER, Cyril FOURNIER et cadres de club

**Publics concernés** :

- Minimes 1 et 2 (titulaires d'une pagaie verte minimum)

**Attention il n'y a que 30 places de disponibles**

**Objectifs** : Préparation technique et physique des jeunes minimes en utilisant le support des différentes disciplines. Travail des fondamentaux du Canoë-Kayak en slalom, descente, course en ligne.

**Hébergement** : Pension complète , Site de Vallon pont d'Arc

**Transport** : 3 Minibus

**Départ** : dimanche 12 Février à 8h au siège de la Ligue

**Retour** : vendredi 17 Février vers 20H

**Pour information : Coût total par stagiaire pour le CRIFCK = 400 €**

**A régler : 150€**

Prévoir des affaires chaudes, un duvet et des baskets, et les affaires de bateau

**Envoyer obligatoirement le chèque à l'ordre de la CRIFCK avec l'autorisation parentale à l'adresse suivante avant le 27 janvier 2006 pour la prise en compte de l'inscription :**

**CRIFCK – 47 quai Louis Ferber – 94360 Bry sur Marne**

**Onglet à renvoyer à TESTER Sébastien**

Je soussigné(e),..... ; autorise mon enfant .....  
..... du club de ..... à participer au stage Minime  
Multidisciplinaire qui se déroulera du Dimanche 12 au vendredi 17 Février 2006 à Vallon pont d'Arc.

Signature

J'autorise le responsable à faire pratiquer, en cas d'accident, toute intervention chirurgicale jugée  
indispensable par le corps médical.

N° de sécurité sociale : .....

Personne à prévenir en cas d'accident : .....

.....

.....

Concernant le stagiaire :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Traitement médical en cours : .....

Téléphone : .....

Date et signature des parents