



Action suivie par :
DAUMONT Philippe
Président commission slalom
9 rue Emile CORDON
93400 Saint OUEN
Tél: 06 26 70 87 18
E- mail : daumontphilippe@noos.fr

Bry, le 11/01/2006

Pour information :
Président de la LIFCK
CTR
CIR
Présidents des Comités
Départementaux
Pour diffusion :
Présidents et entraîneurs de clubs
et du pole

Objet : **Convocation Stage N2 Slalom**

Dates : du dimanche 12 février au jeudi 16 février 12h00

Lieu : Stade d'eaux vives de Cergy

Encadrement : Jean-Michel SENECHAULT, Serge VISEUR, Franck PEYRICAL, Nicolas PARGUEL, Philippe DAUMONT

Publics concernés : Athlètes N2 et N1 de cadet à senior de 1983 maximum.
La priorité sera donnée aux athlètes N2
Place disponible : **35**

Objectif du stage : Préparation de la course de Cergy et de la saison N2

Hébergement : Pension complète à la base des étangs de Cergy.

Nota : Ne pourront naviguer sur les créneaux que les personnes inscrites et présentes au stage du dimanche au jeudi au stage en pension complète.

Transport : A la charge des clubs et des athlètes

Rendez-vous : Le dimanche 12 février à **9h00** au centre d'hébergement de la base de Cergy

Fin du stage : Le jeudi 16 février à midi après le créneau de navigation

Coût : 180.00 €

Des séances de sport collectifs et PPG seront au programme prévoir les vêtements adaptés

TOUS LES PARTICIPANTS DEVRONT AVOIR LA PAGAIE ROUGE EN EAUX VIVES

Envoyer obligatoirement le chèque à l'ordre de la LIFCK avec l'autorisation parentale à l'adresse suivante avant **le 25 Janvier 2006** pour la prise en compte de l'inscription :
Philippe DAUMONT 9 rue Emile CORDON 93400 SAINT OUEN

Onglet à renvoyer à DAUMONT Philippe (pour les athlètes mineurs)

Je soussigné(e),..... ; autorise mon enfant
..... du club de à participer au stage N2 qui se
déroulera du 12 au 16 février 2006 à Cergy Pontoise

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