



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

Saint Ouen le 06 janvier 2008

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 N1,N2 et N3 Slalom](#)

Dates : du lundi 03 mars au vendredi 07 mars 2008

Lieu : Stade d'eaux vives de St Pé

Encadrement : A définir

Publics concernés : Athlètes N3, N2 et N1 de cadet à senior de 1985 maximum.
Suivant le nombre d'inscrit, la priorité sera donnée aux cadets et juniors

Un minimum de condition physique est requis pour ce stage (3 séances d'entraînement par semaine depuis le début de saison).

Place disponible : **23**

Objectif du stage : Préparation de la saison N2 et N3.

Hébergement : Pension complète à proximité du bassin.

Transport : 2 mini bus 9 places + une voiture suivant l'effectif.

Rendez-vous : Le lundi 03 mars à **7h00** au comité régional à Bry, ou départ de Réal pour les N2

Fin du stage : Le vendredi 07 mars en soirée à Bry

Coût : 180.00 €.

Des séances de PPG (course à pieds, Sport Co), seront au programme prévoir les vêtements adaptés

TOUS LES PARTICIPANTS DEVRONT AVOIR LA PAGAIE BLEU EN EAUX VIVES

Envoyer obligatoirement le chèque à l'ordre de la LIFCK avec l'autorisation parentale à l'adresse suivante avant **le 14 février 2008** 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 N1, N2 et
N3 qui se déroulera du lundi 02 mars au vendredi 07 mars 2008 à St Pé de Bigorre

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