

Formation AMFPC "eau calme - eau vive" 2025 CDCK38

Le diplôme d'Aspirant.e Moniteur/trice Fédéral.e Pagaies Couleurs constitue le 1er niveau dans les diplômes d'enseignement de la Fédération Française de Canoë Kayak.

Il est prérequis pour accéder au diplôme de Moniteur/trice Fédéral.e Pagaies Couleurs.

La formation a pour objectif de donner les outils et les connaissances nécessaires au/à la futur.e cadre pour qu'il/elle puisse encadrer dans les meilleures conditions et selon ses prérogatives

Pré requis à la formation :

- Avoir 16 ans l'année civile de l'inscription
- Être titulaire d'une licence FFCK annuelle
- Être titulaire d'une Pagaie Verte en eau calme ou en eau vive

Planning de la formation :

- 2 weekends en présentiel (*rdv sur place le samedi à 9h – fin de formation dimanche à 17h*)
 - Samedi 15 et Dimanche 16 Mars 2025 à Saint Pierre de Bœuf
 - Samedi 05 et Dimanche 06 Avril 2025 à Saint Pierre de Bœuf
- 3 à 4 modules en visioconférence – 2 heures maximum par module
dates à définir, normalement le mardi ou jeudi soir entre 19h et 22h
- Mise en situation pédagogique en club : de Avril à Octobre 2025
- Examen final en présentiel : 1 journée en Octobre/Novembre 2025 (Date à Définir)

Hébergement : En gîte à proximité des lieux de formation choisis (non défini à ce jour).

Prix :

- **300 euros** pour les licenciés des clubs de l'Isère
- **350 euros** pour les autres licenciés

Les factures seront envoyées aux clubs après le stage (pas de paiement en direct entre le stagiaire et le CDCK38)

Matériel :

- Bateaux d'encadrement en rivière en bon état, insubmersibles, équipés aux normes FFCK + Pagaie
- Gilet, casque, chaussures tenant aux pieds
- Prévoir des affaires chaudes pour la pratique du kayak (certains exercices nécessitent d'être dans l'eau)
- Vêtements chauds, plusieurs rechanges
- Duvets pour l'hébergement

R1: Thomas LAURENT - 06 13 84 24 12 – cdckisère@gmail.com

Cadres : intervenants sur la formation

Emeric DAGOBERT MURGUE (en formation DEJEPS CK)

Benoit SERGENT (DEJEPS CK)

Les inscriptions se font par mail à l'adresse du CDCK38 cdckisère@gmail.com

La liste des inscriptions sera clôturée le **lundi 10 Mars à midi**, aucune inscription ne sera prise après cette date afin de confirmer la réservation de l'hébergement, la restauration...

Compétences et prérogatives de l'AMFPC

Le/la titulaire de l'AMFPC a comme prérogatives :

- D'initier aux activités du canoë-kayak
- De former de la Pagaie Blanche aux Pagaies Vertes dans le cadre de la méthode d'enseignement du canoë-kayak
- De certifier les Pagaies Blanches
- D'assister un.e Cadre Certificateur Pagaies Couleurs dans la formation et la certification de Pagaies Couleurs
- D'assister, dans le cadre de ses prérogatives, une personne titulaire d'un diplôme de niveau supérieur

l'AMFPC peut encadrer en autonomie les supports du canoë, du kayak et les autres supports propulsés à la pagaie :

- En eau calme dans une zone abritée et délimitée
- En eau vive de classe I

Avant 18 ans, le/la titulaire de l'AMFPC est placé sous la responsabilité d'un adulte identifié par le président de la structure et présent auprès de l'AMFPC.

Après 18 ans, le/la titulaire de l'AMFPC peut encadrer en autonomie dans le cadre de ses prérogatives.

Pour les mineurs uniquement, remplir l'autorisation parentale et la fiche de liaison sanitaire

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Mme, M

Tuteur légal de

l'autorise à participer à la formation AMFPC (et donc aux différents stages lors de cette formation) organisé par le CDCK38.

Contacts téléphoniques (domicile, travail, portable) :

.....
.....
.....

J'autorise le responsable du stage à prendre toutes décisions concernant une éventuelle intervention chirurgicale.

N° de sécurité sociale : Signature du tuteur légale (parents)

Fait à, le



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Copyright © 04/08/2008