

STAGE PÊCHE CARNASSIERS FLOAT TUBE

15 - 16

AVRIL

08H30 - 17H00

ADOS 11 - 17 ANS



TARIF
150€

INFOS & RÉSERVATION

ROMAIN DELBOSC

06.12.43.13.19 / contact@fabulac.fr

MONITEUR GUIDE DE PÊCHE DIPLOMÉ BPJEPS

WWW.FABULAC.FR



LE GRAND LAC
39140 DESNES

PROGRAMME DU STAGE

**PRÉPARATION DE SA PÊCHE
(SÉCURITÉ, GONFLAGE FLOAT-TUBE
ETC..)**

**LES DIFFÉRENTS NOEUDS DE
PÊCHE AUX CARNASSIERS**

LES LEURRES CARNASSIERS

**LES PUISSANCES DE
CANNES ET LES ADAPTER À
SA PÊCHE**

**LES MOULINETS SPINNING &
CASTING**

LANCERS DE PRÉCISION

MATÉRIEL FOURNI



MATÉRIEL DE PÊCHE



DROIT DE PÊCHE



TROUSSE DE PREMIER SECOURS



EAU POTABLE



BOUÉE + GAFFON



CRÈME SOLAIRE

MATÉRIEL À PRÉVOIR



WADERS

IMPORTANT



CASQUETTE



LUNETTES DE SOLEIL



GOURDE



VÊTEMENTS DE PLUIE



PIQUE NIQUE DU MIDI



**L'USAGE DE WADERS EST IMPÉRATIF POUR
PRATIQUER L'ACTIVITÉ FLOAT TUBE**

FICHE D'INSCRIPTION

STAGE CARNASSIERS

FLTB AVRIL 27.

RESPONSABLE LÉGAL

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TÉLÉPHONE :

E-MAIL:

STAGIAIRE

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE :/...../...../

L'ENFANT SAIT NAGER

OUI ☐

NON ☐

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ PRATiqué LA PÊCHE

OUI ☐

NON ☐

AVEZ-VOUS DES ATTENTE PARTICULIÈRES À CE QUE VOTRE ENFANT PRATIQUE UNE
ACTIVITÉ PÊCHE ?

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ATTENTES PARTICULIÈRES QUANT À LA PRATIQUE DE LA
PÊCHE ?

.....

FAIT À

LE/...../...../

SIGNATURE (PRÉCÉDÉE DE LA
MENTION "LU ET APPROUVÉ")

FICHE SANITAIRE

+ JOINDRE ATTESTATION
RESPONSABILITÉ CIVILE

RESPONSABLE LÉGAL

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TÉLÉPHONE :

E-MAIL:

STAGIAIRE

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE :/...../...../

MÉDECIN TRAITANT

NOM :

TÉLÉPHONE :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (Autre que le responsable légal)

NOM :

PRÉNOM :

TÉLÉPHONE :

RENSEIGNEMENTS SPÉCIFIQUE CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT

(allergies, asthmes, hémophilie....)

.....

.....

Par ce document vous autorisez en cas d'accident, Mr Delbosc Romain
(moniteur-guide de pêche), à prendre toute décision appropriée (appel
des pompiers, du médecin traitant, transfert à l'hôpital ...).

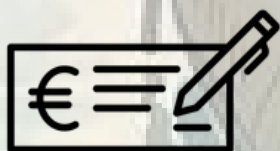
Je soussigné, certifie l'exactitude des
informations transmises dans ce document ainsi que des pièce jointes
demandées.

DATE ET SIGNATURE



SAS EVASION PÊCHE JURA
145 ROUTE DE VOITEUR
39210 DOMBLANS
SIRET 94073985700016
TEL : 06.12.43.13.19
CONTACT@FABULAC.FR

MOYENS DE PAIEMENT ACCEPTÉS



CHÈQUE



ESPÈCES



VIREMENT



**CHÈQUE
VACANCES**