



Messieurs les Cadres,  
Messieurs les joueurs  
retenus pour le Programme de Développement U14.

le 5 octobre 2021

Chers Amis,

Nous avons le plaisir de vous annoncer que vous avez été retenus pour participer à un stage du Programme de Développement Moins de 14 ans 2021/2022 qui aura lieu à :

**La Roche sur Yon, du 25 au 28 octobre 2021**

Ce Programme de Développement est mis en œuvre par les Ligues de la Zone Ouest pour les joueurs nés en 2008.

**DISPOSITIONS COVID 19**

La présente convocation sollicite tous les joueurs devant normalement participer à cette action.

*Un Pass Sanitaire en règle est obligatoire sur toute la durée de l'action et nous ne sommes pas en mesure d'assurer sa continuité par l'organisation de tests. Il est donc demandé aux participants de prendre toutes les mesures nécessaires permettant de garantir le respect des conditions d'accès aux établissements et ce durant l'intégralité de la durée du stage concerné.*

*Un contrôle quotidien du Pass sanitaire sera effectué quotidiennement.*

*Veillez également prendre connaissance du protocole sanitaire fédéral en annexe*

Répondre via le lien suivant <https://forms.gle/JJyV11BWPRhy5ipHA> , à la réception, une confirmation de participation ou de non-participation

**Il est rappelé aux remplaçants qu'ils ne seront convoqués définitivement qu'en cas de défection de titulaires. Cette convocation tient lieu pour eux uniquement d'information.**

Toutefois, les joueurs qui sont indiqués en tant que remplaçant peuvent également nous confirmer leur disponibilité par retour de mail. Cela facilitera les démarches en cas de déflections.

Pour tout renseignement complémentaire, votre contact est :

**Sophie LANDRY au 06 86 59 25 10**

Nous vous prions de croire, chers amis, en l'assurance de nos sentiments sportifs les meilleurs.

**Emmanuel COLLIOT**

Pour les Présidents des Ligues Bretagne – Centre – Pays de la Loire  
Nouvelle-Aquitaine - Occitanie  
Et le Délégué de la Zone Ouest

**Copies :** C. DUCHAMP (DTN) – L. CHARRIER (CTN Développement) – Cellule COVID Fédérale – J.J HARDY et B. BILET (COCD) – Présidents des Ligues et Membres du Conseil de Zone Ouest – Les clubs concernés (Présidents, Responsables du Hockey Mineur, Entraîneurs).

**ENCADREMENT****Directeur du Stage – Conseiller Technique de Ligue : Frederick BRODIN****Référent Administratif et Sanitaire : Sophie LANDRY****Equipe Technique Régionale : Cyril CANTOS, Yann JESSIN, Ondrej MARTINKA****TITULAIRES**

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Position</b>	<b>Année</b>	<b>Club</b>
BOURGET	Anael	GB	2008	ANGERS
BOUVET	Tom	GB	2008	ANGERS
DAVE	Tom	GB	2008	ANGLET
OGOR	Joran	GB	2008	BREST
BUSSELIER	Tony	DEF	2008	RENNES
BYE	Rémi	DEF	2008	TOULOUSE-BLAGNAC
COLIN	Tom	DEF	2008	ANGERS
COMBE	Liam	DEF	2008	ANGLET
GARRABOS	Joan	DEF	2008	ANGLET
GOBERT	Ethan	DEF	2008	ANGLET
GORAGUER	Nathan	DEF	2008	ANGERS
LEROUX-DEFFAYES	Raphael	DEF	2008	BORDEAUX
NAZON	Nohan	DEF	2008	MONTPELLIER
TESSIER MANIERE	Maud	DEF	2008	BRIVE
BREBION	Sacha	ATT	2008	CHOLET
DUBEZY	Léo	ATT	2008	TOULOUSE-BLAGNAC
EICHER	Aaron	ATT	2008	CHOLET
FAURIE	Even	ATT	2008	BORDEAUX
GILG	Gaspard	ATT	2008	LIMOGES
LECRU-GOINEAU	Adam	ATT	2008	ANGERS
LEMAIRE	Mathias	ATT	2008	LIMOGES
MACABIES	Noah	ATT	2008	NANTES
POCHELU	Pablo	ATT	2008	ANGLET
RAIGNEAU	Maéli	ATT	2008	ORLEANS
ROUX NTONGA	Malcom	ATT	2008	MONTPELLIER
SVATY	Samuel	ATT	2008	CHOLET
TENDERO	Pablo	ATT	2008	ANGLET
TIJOU	Aubin	ATT	2008	ANGERS
ZUNIGA	Hector	ATT	2008	ANGLET

REMPLOCANTS				
DALENC	Evan	GB	2008	TOULOUSE-BLAGNAC
FONTAINE	Aurélien	GB	2008	TOURS
GOVIGNON	Thomas	GB	2008	BORDEAUX
JAUNET	Esteban	GB	2008	NANTES
PIEN	Karel	GB	2008	RENNES
PODRAS	Ugo	GB	2008	ANGLET
TOURNE	Killian	GB	2008	ORLEANS
AUGUSTIN	Hugues	DEF	2008	NANTES
BARON	Quentin	DEF	2008	NIORT
BERTHIER-MAHE	Alexis	DEF	2008	CHOLET
CARDIEC	Soen	DEF	2008	BREST
DURANTIN	Gaétan	DEF	2008	TOULOUSE-BLAGNAC
KIENER	Zacharie	DEF	2008	MONTPELLIER
KUKURA	Bryan	DEF	2008	NIMES
NOUVELLON	Jules	DEF	2008	NANTES
PASTRE	Louison	DEF	2008	NANTES
PETIT	Lenny	DEF	2008	TOURS
RASQUIN	Mikel	DEF	2008	ANGLET
ZOPPI	Lucas	DEF	2008	LIMOGES
ALAVERDOV	Niels	ATT	2008	TOULOUSE-BLAGNAC
BARBARANI	Ilann	ATT	2008	ANGERS
BARRAT	Raphael	ATT	2008	MONTPELLIER
BERNARDON	Garance	ATT	2008	NIORT
BILLOT USUREAU	Martin	ATT	2008	ORLEANS
DONELLI--DIVOL	Jules	ATT	2008	NIMES
DURAND	Thomas	ATT	2008	POITIERS
GITEAU	Nathan	ATT	2008	NANTES
JOUNEAU	Kenji	ATT	2008	POITIERS
LE BOUDEC	Erwan	ATT	2008	RENNES
L'HOTELLIER	Maxime	ATT	2008	CHOLET
MARGUERITTE	Eden	ATT	2008	ORLEANS
MARTIN-DASILVA	Louka	ATT	2008	BRIVE
PARISOT	Ceylan	ATT	2008	BORDEAUX
RENARD	Arthur	ATT	2008	CASTRES

Les remplaçant.es sont classé.es par ordre alphabétique.

## RENDEZ-VOUS ET ACCUEIL

**Arrivée : 25 octobre 2021 à 09h00 à la patinoire de la Roche sur Yon**

**Complexe Arago**  
Impasse des Olympiades  
85000  
La Roche sur Yon



**Départ : 28 octobre 2021 à 19h30 à la patinoire de la Roche sur Yon**

**Conditions d'accueil des parents ou accompagnateurs des joueurs à la patinoire :**

Il n'est autorisé par la patinoire de venir observer les entraînements durant le stage



### COUT DU STAGE – MODALITES DE PAIEMENT

**Le coût du stage est de : 160 € en en pension complète**

☞ **Les modalités de paiement sont les suivantes :**

- Le chèque sont à libeller à l'ordre de :
  - ✓ **Ligue Bretagne** pour les joueurs issus des clubs de Rennes, Brest et St Briec
  - ✓ **Ligue Pays de la Loire pour les joueurs** issus des clubs d'Angers, Cholet, Nantes et La Roche sur Yon
  - ✓ **Ligue Centre** pour les joueurs issus des clubs d'Orléans et de Tours
  - ✓ **Ligue Nouvelle Aquitaine** pour les joueurs issus des clubs d'Anglet, Bordeaux, Brive, Niort, Limoges et Poitiers
  - ✓ **Ligue Occitanie** pour les joueurs issus des clubs de Toulouse, Font-Romeu, Montpellier, Nîmes, Narbonne et Castres
- Indiquez derrière chaque chèque : nom, prénom du joueur.

### TROUSSEAU

**Pour l'hébergement :**

Dans un sac personnel qui restera à l'hébergement :

- Chaussures de sport (**des vraies baskets**)
- Survêtement, shorts
- Sac pour linge sale
- Nécessaire de toilette

Le téléphone portable est autorisé mais sera soumis à une réglementation quant à son utilisation.

**Dans le sac de hockey qui restera à la patinoire :**

- Equipement complet de hockey sur glace (prévoir 1 crosse pour la glace et 1 pour le hors glace)
- **patins affûtés\***
- 2 quatre-pattes marqués au nom de l'enfant
- **1 pipette**
- Serviette
- Nécessaire de douche (gel douche, shampooing)
- **2 cintres**, une boîte de double peau et quelques pansements pour les ampoules.
- **Boîte en tissu (ou de type Curver) pour ranger les affaires personnelles dans le vestiaire.**

**\* des patins pas suffisamment ou mal affûtés empêchent l'apprentissage du patinage mais aussi la progression du maniement qui nécessite des appuis de qualité.**

## FORMALITES ADMINISTRATIVES

☞ **Nous vous demandons d'apporter les documents suivants lors de votre arrivée :**

- Licence 2021 / 2022,
- Attestations de sécurité sociale (pas de photocopie de la carte vitale),
- Attestation de mutuelle,
- Attestation de décharge parentale dûment remplie,
- Autorisation d'exploitation de l'image dûment remplie.

*\* Sauf si vous avez déjà transmis ces documents pour une action de la saison 2020/2021.*

☞ **Ces documents seront conservés pour les autres opérations de la saison 2021/2022.**





**ZONE OUEST**  
FÉDÉRATION FRANÇAISE  
DE HOCKEY SUR GLACE



**FFHG**  
NOUVELLE-HÉLANDAISE  
HOCKEY SUR GLACE



**FFHG** LIGUE RÉGIONALE  
**BRETAGNE**



CENTRE  
VAL-DE-LOIRE  
LIGUE RÉGIONALE  
HOCKEY SUR GLACE  
**FFHG**



**FFHG**  
PAYS DE LA LOIRE  
HOCKEY SUR GLACE

## AUTORISATION DE DECHARGE PARENTALE

**Je soussigné(e) :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL (père, mère, tuteur \*) DE :**

**Nom et prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../..... **Groupe sanguin :** .....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

**Nom de la Mutuelle :** ..... **N° adhérent :** .....

**Traitement médical particulier / Allergies / Régime alimentaire particulier :**

.....  
.....

Autorise le responsable des Ligues de la ZONE OUEST à faire pratiquer sur la personne de mon enfant toute intervention chirurgicale, anesthésie ou soins médicaux qui, en cas d'urgence, apparaîtraient nécessaires au cours des Programmes de la saison 2021 – 2022, et à prendre toute décision en cas d'indiscipline (ex : retour au domicile aux frais des parents).

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél. domicile :** ..... **Tél. bureau :** .....

**Tél. portable :** ..... **E-mail :** .....

**Fait à** .....

**Le** .....

**Signature du responsable légal  
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

--

\* : rayez la mention inutile



**ZONE OUEST**  
FÉDÉRATION FRANÇAISE  
DE HOCKEY SUR GLACE



FFHG LIGUE RÉGIONALE  
**BRETAGNE**



CENTRE  
VAL-DE-LOIRE  
LIGUE RÉGIONALE  
HOCKEY SUR GLACE  
**FFHG**



## VALIDATION DES DISPOSITIONS COVID

**Je soussigné(e) :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL (père, mère, tuteur \*) DE :**

**Nom et prénom :** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**RECONNAIT AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTE**

**LES DISPOSITIONS SUIVANTES RELATIVES A LA MISE EN ŒUVRE DU « PASS  
SANITAIRE ».**

**Afin que mon enfant réponde favorablement à la convocation pour le stage U14 du 25 au 28 octobre, à La Roche sur Yon, je m'engage à que celui-ci soit en possession d'un « Pass Sanitaire » valide couvrant toute la durée de cette action.**

J'ai bien pris acte que :

- J'ai la responsabilité de prendre toutes les mesures nécessaires permettant de garantir le respect des conditions d'accès aux établissements et ce durant l'intégralité de la durée de l'action concernée.
- Les organisateurs contrôleront régulièrement le QRCode de son « Pass Sanitaire » soit au sein de l'application « Tous AntiCovid », soit sous format papier.
- Les organisateurs ne mettront pas en place de tests au cours de l'action afin d'assurer la continuité du « Pass Sanitaire » de mon enfant.
- Si la validité du « Pass Sanitaire » de mon enfant venait à expirer au cours de l'action, mon enfant ne pourrait plus accéder aux établissements et par conséquent participer à l'action. Le cas échéant je m'engage soit à assurer la prise en charge organisationnelle et financière de la continuité de son « Pass Sanitaire », soit à venir le récupérer dans les plus brefs délais.

**Enfin, je m'engage à renoncer à la participation de mon enfant à cette action si, durant la période où elle se déroule, il est considéré comme « cas positif » ou « cas contact » (cf. Protocole Fédéral pages 9 et 10 « gestion d'un ou plusieurs cas contact et/ou positif(s) à la COVID 19 ») ou s'il présente des symptômes.**

**Fait à** .....

**Le** .....

**Signature du responsable légal  
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

<p><b>Signature du responsable légal (Précédée de la mention « lu et approuvé »)</b></p>

\* : rayez la mention inutile





**ZONE OUEST**  
FÉDÉRATION FRANÇAISE  
DE HOCKEY SUR GLACE



**FFHG**  
NOUVELLE AQUITAINE  
HOCKEY SUR GLACE



**FFHG** LIGUE RÉGIONALE  
**BRETAGNE**



CENTRE  
VAL-DE-LOIRE  
LIGUE RÉGIONALE  
HOCKEY SUR GLACE  
**FFHG**



**FFHG**  
PAYS DE LA LOIRE  
HOCKEY SUR GLACE

## AUTORISATION D'EXPLOITATION DE L'IMAGE (PERSONNE MINEURE)

**Je soussigné(e) :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal** ..... ; **Ville** .....

**AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL DE :**

**Nom et prénom :** .....

Autorise gracieusement la **Fédération Française de Hockey sur Glace et ses Ligues Régionales** à exploiter ou faire exploiter (par diffusion et/ou publication et/ou commercialisation) les images (et, le cas échéant, la voix, le patronyme et/ou la signature) le représentant.

Cette autorisation est valable, à compter de la signature de la présente, pour une durée indéterminée et concerne les supports suivants :

- Sites Internet :** FFHG – Zones – Ligues, Site Fédéral des Entraîneurs de Hockey sur Glace, Réseaux sociaux, Plateformes de streaming (ex : Youtube ou Dailymotion).
- Chaîne(s) de télévision (préciser) : .....
- Presse écrite, audiovisuelle et/ou informatique**
- Supports publicitaires (et notamment l'affichage, la PLV)
- Plaquette, CD, DVD commerciaux ou de présentation**
- Newsletter**
- Autres :** Ouvrage pédagogique papier et/ou informatique à destination des entraîneurs.

La **Fédération Française de Hockey sur Glace et ses Ligues Régionales** s'engagent à ce que les images ainsi exploitées ne portent pas atteinte à sa dignité humaine, à son intimité, à son honneur et à sa réputation.

**Fait à** .....

**Le** .....

<b>Signature du représentant</b> <b>Précédée de la mention</b> <b>« Lu et approuvé, bon pour autorisation »</b>	<b>Signature du mineur</b>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la saison sportive.

<b>L'ENFANT</b>		
NOM : .....PRÉNOM .....		
DATE DE NAISSANCE :		
GARÇON <input type="checkbox"/>	FILLE <input type="checkbox"/>	CATEGORIE : _____

**1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant la saison sportive ? 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.**

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

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	<b>SCARLATINE</b>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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 A TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

**2 - VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé de l'enfant).

VACCINS	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL
<b>DT POLIO ou TETRACOQ</b>			
<b>BCG</b>			
<b>HEPATITE B</b>			
Rougeole – Oreillons - Rubéole			
AUTRES			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (BCG/DTP) joindre un certificat médical de contre-indication : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....

.....

*Si vous souhaitez nous transmettre des informations confidentielles, vous pouvez si vous le souhaitez nous remettre une enveloppe fermée à l'attention du médecin. Ce pli sera conservé par le responsable d'équipe de votre enfant.*

**2 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ

.....

**3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

**PERE :** NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

**MERE :** NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

**MÉDECIN TRAITANT :**

.....

ADRESSE.....

TÉL.: .....

*Je soussigné(s), .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe de dirigeant ou le responsable d'équipe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence.*

Date : ..... Signature :