



**Messieurs les Cadres,  
Mesdames les joueuses  
invitées pour le Programme de Développement U11-U13.**

*le 27 Octobre 2021*

**Chères Amies,**

Nous avons le plaisir de vous annoncer que vous êtes invitées pour participer à un stage Plan National d'Animation et de Détection Féminine 2021/2022 qui aura lieu à :

**La Roche sur Yon, du 27 au 30 décembre 2021**

Ce Programme de Développement est mis en œuvre par les Ligues de la Zone Ouest pour les joueuses nées en 2009, 2010, 2011 et 2012.

**DISPOSITIONS COVID 19**

**La présente convocation sollicite toutes les joueuses pouvant normalement participer à cette action.**

**Tous les membres du groupe diagnostiqués Covid+ ou définis comme cas contacts dans l'intervalle J-10 doivent décliner leur participation après en avoir informé la responsable du stage.**

**Tous les membres du groupe doivent obtenir un test RT-PCR négatif de moins de 72 heures avant le jour du regroupement, et envoyer leurs résultats par courriel à la responsable du stage avant leur arrivée. A défaut, la personne n'est pas autorisée à rejoindre le groupe ni à participer à l'action. Le test peut être effectué le 24 décembre 2021.**

**Le fait d'avoir contracté la Covid ou d'avoir été vaccinée n'exempte aucun membre du groupe de l'obligation de présenter un test RT-PCR négatif lorsque celui-ci est demandé.**

**Ci-joint en annexe le protocole sanitaire à lire**

**Nous restons à votre écoute pour toute information.**

**MERCI DE PRENDRE CONNAISSANCE DU DOSSIER D'ORGANISATION EN ANNEXE**

**Répondre via le lien suivant**

**[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScymCgmaEplAoSUOPXhd8fUUrqu0C-VYsD4qAaa6tKs0sesfw/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScymCgmaEplAoSUOPXhd8fUUrqu0C-VYsD4qAaa6tKs0sesfw/viewform?usp=sf_link)** , à la réception, une confirmation de participation ou de non-participation

**Pour tout renseignement complémentaire, votre contact est :  
Isabelle MER au 06 86 79 84 34**

Nous vous prions de croire, chères amies, 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**  
**Référént Administratif et Sanitaire : Isabelle MER**

**Equipe Technique Régionale : Alexis TOLLIS, Normand ROY**

## INVITEES

NOM	PRENOM	ANNEE	CLUB
BIDET-VISCONTI	Maya	2009	ANGERS
BIYOUN	Caroline	2009	BOURGUEIL
CUNIN	Camille	2009	LA ROCHE SUR YON
CURRI	Elia	2009	MONTPELLIER
FAUROUX	Lea	2009	POITIERS
FORTI	Justine	2009	LIMOGES
GUEMARD LE ROUZIC	Lou Ann	2009	ANGERS
GUILLEMAN	Emma	2009	TOULOUSE
GUYON	Mathilde	2009	MONTPELLIER
ICHÉ	Clélie	2009	MONTPELLIER
LE GUEN	Lorna	2009	ST BRIEUC
LE LARGE	Roxane	2009	CHOLET
LE MINEUR	Fanette	2009	LE MANS
LLOPEZ	Zoe	2009	NIMES
METAYER	Ilona	2009	ANGERS
NICKELS	Jeanne	2009	BRIVE
NOBLANC	Colombe	2009	BOURGUEIL
NORLAIN	Maylis	2009	ORLEANS
PLANCON	Appoline	2009	NANTES
STOCQ	Camille	2009	BREST
AVISSE	Gabrielle	2010	BREST
BARTHE DE MONTMEJAN	Léa	2010	TOULOUSE
BESSON-TOROND	Stella	2010	MONTPELLIER
CHENAULT	Dakota	2010	ORLEANS
CHOUET	Alika	2010	LA ROCHE SUR YON
DOUNIE	Maelle	2010	BRIVE
DUBOIS LEBRUN	Cylia	2010	TOURS
GABIAUD	Chloe	2010	LA ROCHE SUR YON
GAUSSERAN	Lou Ann	2010	CASTRES
GENDRE	Clemence Eulalie Madeleine	2010	NANTES
GUILBERT	Roxelena	2010	POITIERS
GUYOT	Maëva	2010	ST BRIEUC
LAIGUILLON-MAHUT	Jade	2010	ANGLET
LENNE	Clémence	2010	ANGERS
MARTINEZ	Clementine	2010	ORLEANS
MELLIN	Louisa	2010	ST BRIEUC
NOBRE	Lila	2010	JOUE LES TOURS
NOGARÈDE	Frida	2010	MONTPELLIER
SANTONA	Margot	2010	TOURS
TEMATUA	Lea	2010	BRIVE
AMILL	Elyna	2011	NIMES

ARCILA	Zoé	2011	BORDEAUX
AUDRAIN	Lucie	2011	ANGLET
BARDERY	Lou Anne	2011	NANTES
BOGROS	Charlie	2011	RENNES
BOURGOGNE	Margot	2011	MONTPELLIER
CADENA	Manon	2011	MONTPELLIER
CHABASSOL BREHU	Ambre	2011	NANTES
COUVÉ PRIEUR	Lihana	2011	ST BRIEUC
CUNIN	Salomé	2011	LA ROCHE SUR YON
DAYCARD	Lea	2011	NANTES
DIAZ MAURIN PLAISANT	Judith	2011	RENNES
DURANTIN	Eléa	2011	TOULOUSE
FARGUES	Romane	2011	BORDEAUX
GARRAS	Ines	2011	POITIERS
GAUTIER	Haley	2011	NIORT
GIRARD VIENOT	Elsa	2011	TOURS
HEBRARD DE VEYRINAS	Mathilde	2011	POITIERS
HEQUET	Chloé	2011	JOUE LES TOURS
LANOE-RIVIERE	Anaëlle	2011	LANESTER
LE MEUR	Lisa	2011	BREST
LEMOINE	Lea	2011	LE MANS
MONTANÉ	Luna	2011	FONT ROMEU
RICHARD	Camélia	2011	ORLEANS
ROLLAND	Axelle	2011	LE MANS
SIRVENT	Zoé	2011	BORDEAUX
DULUC	Elise	2012	JOUE LES TOURS
FERRANT	Maïla	2012	BOURGUEIL
FRICOT	Mathilde	2012	ANGERS
HUSSON ALEXANDRE	Aaliyah	2012	MONTPELLIER
LE BAUZEC	Kathleen	2012	BREST
LEMEUNIER	Marilou	2012	MONTPELLIER
LEON	Noa	2012	NIMES
MORILLON	Maëlwenn	2012	POITIERS
MUNOZ	Ines	2012	LA ROCHE SUR YON
NAVARRON	Roubi	2012	ANGLET
PAPILLON	Jade	2012	TOURS
REMBERT	Agathe	2012	BREST
TESSIER MANIERE	Louise	2012	BRIVE
THERY	Mélessandre	2012	ROMORANTIN
TRENQUE	Aélia	2012	BORDEAUX
VAURIE	Raphaëlle	2012	BRIVE
VENAULT HURIAUX	Thais	2012	CHATELLERAULT
VIALLE	Louise	2012	BRIVE

## RENDEZ-VOUS ET ACCUEIL

**Arrivée : 27 décembre 2021 à 09h30 à la patinoire de la Roche sur Yon**  
**Complexe Arago**  
Impasse des Olympiades  
85000  
La Roche sur Yon



**Départ : 30 décembre 2021 à 19h30 à la patinoire de la Roche sur Yon**

L'hébergement se fera :

**Au CENTRE SPORTS ET LOISIRS**  
50, impasse Joseph Guillemot  
85000 La Roche-sur-Yon  
Tél. 02 51 37 85 72

**Conditions d'accueil des parents ou accompagnateurs des joueurs à la patinoire :**  
Il n'est autorisé par la patinoire de venir observer les entrainements durant le stage

## COUT DU STAGE – MODALITES DE PAIEMENT

Le coût du stage est de : 120 € 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 impérativement 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, shampoing)
- **2 cintres**, une boîte de double peau et quelques pansements pour les ampoules.
- **Boite 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.

## PLANNING Stage U11/U13 - 27 au 30 décembre 2021

	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	0:00
LUN			Accueil	Glacé	Glacé	Stretch Départ Hôpital	repas	Sieste Temps calme	Thérapie Départ Piscine	Gymnase	Collation	Glacé	Stretch Départ Hôpital	Repas	Temps calme	Coucher		
MAR		Réveil	Petit Déjeuner Départ Piscine	Gymnase	Glacé	Stretch Départ Hôpital	repas	Sieste Temps calme	Thérapie Départ Piscine	Gymnase	Collation	Glacé	Stretch Départ Hôpital	Repas	Temps calme	Coucher		
MER			Réveil Petit Déjeuner Départ Piscine	Gymnase	Glacé	Stretch Départ Hôpital	repas	Sieste Temps calme	Thérapie Départ Piscine	Gymnase	Collation	Glacé	Stretch Départ Hôpital	Repas	Temps calme	Coucher		
JEU		Réveil	Petit Déjeuner Départ Piscine	Gymnase	Glacé	Stretch Départ Hôpital	repas	Sieste Temps calme	Thérapie Départ Piscine	Gymnase	Collation	Glacé	Stretch Départ Hôpital	Repas	Temps calme	Coucher		



**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 DE DECHARGE PARENTALE

**Je soussignée :**

**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**  
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).*
- Chaine(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** .....

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





**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).*
- Chaine(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** .....

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

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  MEDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

PRECISEZ 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).**

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

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 :