

F.F.T.T. - CD93TT

COMITÉ DÉPARTEMENTAL de la SEINE - SAINT - DENIS

1 - 3 Rue de la Poterie 93200 SAINT - DENIS

Tél. : 01 48 31 83 22 ET 09 71 39 96 33

@Mail : fft.ssd@wanadoo.fr

Site Internet : www.cd93tt.fr

Le CD93TT est Agréé Jeunesse et Sport sous le numéro de SIRET : 343 109 898 000 43

À Saint-Denis, le Lundi 6 Mars 2017

Aux Jeunes sélectionnés, à l'équipe d'encadrement,
aux correspondants des clubs concernés et au président du CD93TT.

Objet : Stage Départemental Poussins et Benjamins Garçons et Filles,
En collaboration avec le CD94TT et le CD75TT.

Cher ami pongiste,

J'ai le plaisir de t'annoncer ta sélection pour le Stage Départemental **d'AVRIL 2017** en internat ; dans la continuité des Regroupements et de la Détection Jeunes.

Ce stage se déroulera du **Dimanche 9 Avril 2017** au **Vendredi 14 Avril 2017 (inclus)** à **SALBRIS**. Le RDV de Départ se fera le Dimanche à **vers 16H30** à la Gare de PARIS AUSTERLITZ, et le retour est prévu le Vendredi **vers 17H50** à la Gare de PARIS AUSTERLITZ. **Les horaires définitifs vous seront confirmés sur le courrier de confirmation de stage.**

Il sera encadré par **Ahmed ZEGLI, Denis YONG, Félix COUTAUDIER et Camille SAUZET**.

Le coût de la participation s'élève à **200,00 €** (certains clubs peuvent aider financièrement).

Pour confirmer ton inscription, je te prie de me retourner :

- La **Feuille d'Inscription** compléter et signer,
- Le **Règlement intérieur** compléter et signer,
- La **Fiche Sanitaire de Liaison** compléter et signer,
- Un **Chèque de 200,00€ à l'ordre de : FFTT - SSD** (possibilité de faire 2 chèques) au plus vite, avant le **LUNDI 20 MARS 2017**.

N.B. : MERCI DE NOUS RÉPONDRE MÊME SI VOTRE PARTICIPATION EST NÉGATIVE.

Tu voudras bien nous confirmer ta participation ou nous informer de ta défection, le plus rapidement possible, en contactant Monsieur Ahmed ZEGLI soit au 01.48.31.83.22 ou au 06.63.18.44.73.

Sans réponse de ta part, nous considérerons que tu ne souhaites pas participer à ce stage et nous procéderons à ton remplacement.

Dans l'espoir de te compter parmi nous, nous te prions de croire, cher(e) ami(e), en l'assurance de nos sentiments sportifs les meilleurs.

Le Responsable Départemental

Ahmed ZEGLI

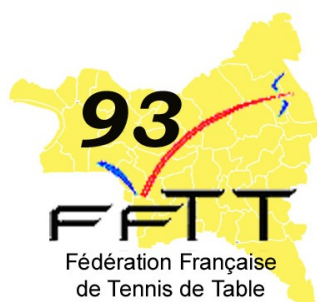


LISTE DES JOUEURS ET JOUEUSES SÉLECTIONNÉ(E)S

**pour le Stage Départemental qui aura lieu
du Dimanche 9 Avril 2017 au Vendredi 14 Avril 2017 (Inclus)
à SALBRIS (41).**

Benjamins & Poussins (Garçons et Filles)						
N° Licence	NOM Prénom	Club	Sexe	Cat.	Clts / Pts Phase 1	Clts / Pts Phase 2
9319404	BORGNON Paul	NOISY LE GRAND CSTT	M	B1	5 / 597	6 / 613
9318830	COHEN Sacha	MONTREUIL ES	M	B2	5 / 509	5 / 523
9319040	DENIS Gabriel	SAINT-DENIS US93TT	M	B1	5 / 500	5 / 529
9320512	DRUAUX Roméo	BOBIGNY AC	M	P	5 / 500	5 / 500
9318731	DRUAUX Ulysse	BOBIGNY AC	M	B2	5 / 576	6 / 606
9318888	EHRlich Thomas	NOISY LE GRAND CSTT	M	B2	6 / 620	5 / 588
9320016	EHRlich William	NOISY LE GRAND CSTT	M	P	5 / 500	5 / 500
9320509	FERKAL Noam	VILLEPINTE STTT	M	P	5 / 500	5 / 500
9320714	HAMDANI Ilyane	LIVRY-GARGAN EP	M	P	5 / 500	5 / 504
9318967	HOSENALLY Ashfani	BOURGETIN CTT	F	B1	5 / 500	5 / 500
9319057	LAHRECHE Redha	SAINT-DENIS US93TT	M	B2	5 / 511	5 / 568
9319798	NEUBURGER Daniel	SAINT-DENIS US93TT	M	B2	5 / 500	5 / 590
9318034	NGUYEN Alexandre	BOURGETIN CTT	M	B1	7 / 774	8 / 814
9319706	PATISSIER Jules	MONTREUIL ES	M	B1	5 / 500	5 / 500
9318033	PAVADE Brinda	BOURGETIN CTT	F	B1	7 / 746	7 / 772
9318075	PEREZ Esteban	NOISY LE GRAND CSTT	M	B2	6 / 642	6 / 698
9319609	SERVANT Vincent	GAGNY USM	M	B2	5 / 504	5 / 579
9320810	TRINH Hugo	BOURGETIN CTT	M	P	5 / 500	5 / 500
9319396	VILLA Guillaume	NOISY LE GRAND CSTT	M	B2	6 / 642	6 / 679
9319393	ZIANI Douae	BOURGETIN CTT	F	M1	5 / 500	5 / 500
9319914	ZIANI Houda	BOURGETIN CTT	F	B1	5 / 500	5 / 500

Encadrés par **Ahmed ZGLI, Denis YONG, Félix COUTAUDIER** et **Camille SAUZET**.



ENCADREMENT TECHNIQUE :

Ahmed ZEGLI, Denis YONG, Félix COUTAUDIER et Camille SAUZET.

HÉBERGEMENT ET RESTAURATION :

Centre Régional Jeunesse et Sports de Salbris,
Créé en 1982, [ce Centre Régional Jeunesse et Sports de Salbris](#) est rattaché à la Mairie de SALBRIS, et agréé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports (N° 041 232 017) et par le Ministère de l'Éducation nationale (N° 041 99/07).

Le CRJS est destiné à l'accueil des stages d'entraînement, de perfectionnement des sportifs, de formation des cadres sportifs mais aussi toute forme d'action collective, de l'École à l'Université.

Il peut aussi accueillir tout type d'événement sportif, culturel ou autre.

(Plan : <http://www.creps-crjs-centre.fr/UserFiles/File/equipesportifs.gif>)

Le CRJS est désormais un partenaire efficace des Fédérations, Liges, Comités, Clubs de multiples Fédérations sportives mais aussi de l'Education Nationale avec l'accueil de classes transplantées.

Les stagiaires seront logés en chambres de 2,3 ou 4 lits (lits de plain-pied) et toutes les chambres sont équipées de toilettes et salle de bain.

La salle de restaurant est organisée en système "self". L'expérience du Centre permet de préparer des menus adaptés, ainsi fruits, céréales, yaourts, jus d'orange sont toujours proposés au petit déjeuner...

Le CRJS nous met à disposition ses 2 gymnases (de 12 et 20 tables), d'une salle de réunion/détente et d'une piscine couverte à 5 minutes.

DÉPART :

Le Rendez-vous de Départ se fera **le Dimanche 9 Avril 2017 vers 16H30 à la Gare de PARIS AUSTERLITZ**, sous le grand panneau des départs. **Les horaires définitifs vous seront confirmés sur le courrier de confirmation de stage.**

ARRIVÉ :

Le retour est prévu pour **le Vendredi 14 Avril 2017 vers 17H50 à la Gare de PARIS AUSTERLITZ.**
Les horaires définitifs vous seront confirmés sur le courrier de confirmation de stage.

DÉROULEMENT D'UNE JOURNÉE :

8 h 00 à 8 h 20 : Lever + Réveil Musculaire

8 h 20 à 9 h 00 : Petit Déjeuner

9 h 15 à 12 h 00 : Entraînement

12 h 00 à 12 h 45 : Déjeuner

12 h 45 à 14 h 30 : Repos/Sieste

14 h 30 à 18 h 00 : Entraînement

18 h 15 à 19 h 15 : Douche + Temps Libre

19 h 15 à 20 h 15 : Dîner

20 h 15 / 21 h 15 : Veillé

21 h 30 : Coucher

En vue du bon fonctionnement du Stage,
l'utilisation des portables sera limitée à

UNE plage horaire fixée entre
18h15 à 19h15.

MERCI DE VOTRE COMPRÉHENSION

DANS TON SAC, N'OUBLIE PAS :

- **Ton matériel de Tennis de Table (raquette, short, chaussures spécifiques, ...).**
- **Une corde à sauter**
- **2 paires de chaussures de sport (footing et intérieur).**
- **Beaucoup de maillots (1 à 2 par jour si possible).**
- **Un survêtement.**
- **Une serviette pour l'entraînement.**
- **Un vêtement contre la pluie, et contre le froid (très important).**
- **Ton nécessaire de toilette (gel douche, shampoing, serviette, brosse à dents, dentifrice, etc...).**
- **Tes médicaments courants (et ordonnance) éventuellement; et le signaler sur la fiche sanitaire de liaison.**
- **Des jeux de cartes, de société, etc....**



FEUILLE D'INSCRIPTION AU STAGE
DÉPARTEMENTAL D'AVRIL 2017

qui aura lieu
du Dimanche 9 Avril 2017
au Vendredi 14 Avril 2017 (Inclus)
à SALBRIS (41).

Le jeune :

NOM : Prénom :

Date de Naissance : / / Catégorie :

Numéro de Licence : Club :

Classement : Point/Classement :

Adresse Mail :@.....

Son Entraîneur :

NOM : Prénom :

Numéro de Portable :

Adresse Mail :@.....

Fait le à

Signature des parents

Règlement Intérieur des Stages Départementaux

Chaque enfant est sous la responsabilité de l'équipe d'encadrement.
La prise en charge débute à l'horaire de départ et la fin à l'heure d'arrivée.

Il est demandé de n'apporter aucun objet de valeur durant les stages, tout vol ou détérioration ne pourra être imputé au Comité Départemental de Tennis de Table de la Seine-Saint-Denis.

Il est interdit, sous peine d'exclusion du stage, d'apporter de l'alcool ou toutes substances illicites, tout comportement qui irait à l'encontre de la bonne marche de la vie en collectivité entraînera une exclusion.

Tous les frais engagés à l'occasion d'une exclusion sont à la charge des familles.

Il est de la responsabilité des parents de prévenir le Comité Départemental de Tennis de Table de la Seine-Saint-Denis sur les différentes allergies, maladies de l'enfant et sur les régimes alimentaires soit à l'aide de la fiche de renseignements, soit par une photocopie du carnet de santé.

En cas de désistement, des arrhes seront gardées par le département à hauteur des frais engagés.

Fait le à

**Signature des Parents
Précédé de la mention "Lu et Approuvé"**

J'autorise le CD93TT à photographier mon fils ou ma fille lors du stage et à publier les clichés dans un Bulletin Départemental et/ou sur le site internet du Département www.cd93tt.fr.

OUI

NON

Fait le à

Signature des Parents

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**du Stage Départemental du CD93TT qui aura lieu
du Dimanche 9 Avril 2017 au Vendredi 14 Avril 2017 (Inklus)
à SALBRIS (41).**

1 - ENFANT :

NOM :Prénom :

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 Tétra cop					
BCG					

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 DEJA EU DES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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 et/ou REGIME : ASTHME OUI NON
 ALIMENTAIRE (*préciser*) OUI NON
 PORC OUI NON
 MEDICAMENTEUSE OUI NON

Autres :

Précisez la cause et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRES :

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,... Précisez.

.....

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM :Prénom:

Adresse :

Code postal :Ville :

Tel. Domicile :Tel. Portable :

Adresse mail :@.....

Personnes à prévenir en cas d'urgence (si différent du responsable)

NOM :Prénom :

Tel. Domicile :Tel. Portable :

NOM :Prénom :

Tel. Domicile :Tel. Portable :

Je soussigné(e),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.

Fait le à

Signature des Parents

--