

À Saint-Denis, le Lundi 16 Décembre 2019

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

Objet : Stage Départemental Minimes à Juniors Garçons et Filles,  
En collaboration avec le CD95TT.

Cher ami pongiste,

J'ai le plaisir de t'annoncer ta sélection pour le Stage Départemental **de FÉVRIER 2020 en internat** ; dans la continuité des Regroupements et de la Détection Jeunes.

Ce stage se déroulera du **Lundi 10 Février 2020** au **Vendredi 14 Février 2020 ( inclus )** au **CDFAS D'EAUBONNE**. Le RDV se fera directement au CDFAS le Lundi vers 9H00, et le retour le Vendredi vers 17H ou 18H00 au CDFAS.

**Les horaires définitifs vous seront confirmés sur le courrier de confirmation de stage.**

Il sera encadré par **Ahmed ZEGLI, Rémi ZENOU** et ... et avec 2 relanceurs.

Le coût total du stage s'élève à 400,00 €. **Le coût de la participation des jeunes sélectionnés est de 200,00 €** ( certains clubs peuvent aider financièrement ).

**Les places sont limitées à 12**, pour confirmer ton inscription, je te prie de me retourner rapidement :

- 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 **MARDI 14 JANVIER 2020**.

**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 Lundi 10 Février 2020 au Vendredi 14 Février 2020 ( Inlus )  
au CDFAS D'EAUBONNE ( 95 ).**

Minimes à Juniors ( Garçons et Filles )						
N° Licence	NOM Prénom	Club	Sexe	Cat.	Clts / Pts Phase 1	Clts / Pts Phase 2
9318510	CAGNON Ewen	Saint - Denis US93TT	M	C2	7 / 754	
9319040	DENIS Gabriel	Saint - Denis US93TT	M	M2	8/830	
9320600	DIOT Thomas	Gagny USM	M	J1	9 / 949	
9321240	DRAPIER Timothée	Noisy le Grand CSTT	M	M1	6 / 652	
9320512	DRUAUX Roméo	Bobigny AC	M	B2	6 / 609	
9318731	DRUAUX Ulysse	Bobigny AC	M	C1	9 / 961	
9320300	GARMA Maelys	Bourgetin CTT	F	C1	7 / 729	
9317804	HOSENALLY Oumehani	Bourgetin CTT	F	J2	13 / 1344	
9318212	KIET Jean-Pierre	Noisy le Grand CSTT	M	J1	18 / 1850	
9535284	MADI Kaïs	Saint - Denis US93TT	M	C1	5 / 562	
9319425	MARTRON Jules	Livry - Gargan EP	M	J1	9 / 965	
9450644	MOLOHIO Elise	Noisy le Grand CSTT	F	C2	6 / 611	
9320132	MOTTIN Ronan	Saint - Denis US93TT	M	C1	6 / 653	
9318034	NGUYEN Alexandre	Bourgetin CTT	M	M2	14 / 1448	
9319706	PATISSIER Jules	Montreuil ES	M	M2	7 / 792	
9318075	PEREZ Esteban	Noisy le Grand CSTT	M	C1	12 / 1234	
9321001	POINTURIER Renaud	Bobigny AC	M	M1	8 / 863	
9318551	SCHWITZGABEL Lara	Bobigny AC	F	C2	5 / 500	
9319396	VILLA Guillaume	Noisy le Grand CSTT	M	C1	12 / 1200	

Encadrés par **Ahmed ZEGLI, Rémi ZENOU** et ...

Encadrant en Formation et Relanceur : **Rémi ZENOU**.

Relanceurs : **Alexis GAGNOL** et ....



## **ENCADREMENT TECHNIQUE :**

Ahmed ZEGLI, Rémi ZENOU et .... 2 relanceurs.

## **HÉBERGEMENT ET RESTAURATION :**

CDFAS - Centre Départemental de Formation et d'Animation Sportives.

Adresse postale : 64 Rue des Bouquinville 95600 EAUBONNE.



## **DÉPART :**

Le rendez-vous se fera directement au CDFAS D'EAUBONNE le Lundi 10 Février 2020 vers 9H00.

## **RETOUR :**

Le retour est prévu se fera directement au CDFAS D'EAUBONNE le Vendredi 14 Février 2020 vers 17H ou 18H00.

## **DÉROULEMENT D'UNE JOURNÉE :**

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

**8 h 20 à 8 h 50 : Petit Déjeuner**

**9 h 00 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 30 : Douche + Temps Libre**

**19 h 30 à 20 h 30 : Dîner**

**20 h 30 / 21 h 30 : 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 19h30.**

**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 DE FÉVRIER 2020*

**qui aura lieu**  
**du Lundi 10 Février 2020**  
**au Vendredi 14 Février 2020 (Inclus)**  
**au CDFAS D'EAUBONNE (95).**

**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 jusqu'à l'heure du retour.

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 à publier les clichés dans les supports de communication : dans notre bulletin départemental, sur le site internet : [www.cd93tt.fr](http://www.cd93tt.fr) et sur la page Facebook du département : <https://www.facebook.com/Cd93tt>.

OUI

NON

Fait le ..... à .....

**Signature des Parents**

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**du Stage Départemental du CD93TT qui aura lieu  
du Lundi 10 Février 2020 au Vendredi 14 Février 2020 ( Inclus )  
au CDFAS D'EAUBONNE ( 95 ).**

## 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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres ( préciser )	
<b>Ou</b> 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**