



LIGUE HAUTS-DE-FRANCE DE TENNIS DE TABLE

Siège : 32 rue d'Abbeville, 59400 CAMBRAI

☎ : 03 27 79 67 00 @ : contact@liguehdfitt.fr - 🌐 <https://liguehdfitt.fr>

Pôle de Beauvais : BP 90966 60009 BEAUVAIS CEDEX ☎ : 06 24 63 23 63

@ : contact.sportif@liguehdfitt.fr

Cambrai, le 18 novembre 2025

24-CT-FD-stage Pôle décembre 2025

Aux joueuses et joueurs concernés
S/C des Présidents et Correspondants de club
Aux cadres concernés

Pour information :

Mesdames et Messieurs les Membres du Conseil de Ligue.

Stage Inter Pôle - 15 au 19 décembre 2025 avec la ligue de Normandie

- **DATES** : début du stage du lundi 15 décembre à 9h30 au vendredi 19 décembre 2025 à 16h
- **LIEU** : POLE SPORTIVE ST QUENTIN - 45 bis rue de d'Alembert
- **RESPONSABLE** du stage : Franck DELCAMBRE ☎ 06 66 22 06 01
- **COUT**: Le coût du stage est de **150 € (tarif exceptionnel car hors vacances scolaires)**. Vous êtes priés de privilégier le virement bancaire ou postal (utilisez l'avis de virement). En cas de paiement par chèque, le libeller impersonnellement au nom de la Ligue Hauts-de-France de Tennis de Table » et l'envoyer au Secrétariat de la Ligue à CAMBRAI.

Face à la multiplication des défections de dernières minutes, la ligue, assumant des frais de réservation, exercera une retenue financière correspondant à une journée complète de stage à tout joueur déclinant son inscription après l'avoir validée.

- **INSCRIPTION** : Vous êtes priés de bien vouloir confirmer ou non votre participation **par RETOUR de messagerie** : contact@liguehdfitt.fr **avant le mercredi 3 décembre 2025**. Ne participeront que les joueurs et joueuses à jour de leur frais d'inscription
- **AUTORISATION PARENTALE** : **elle doit être renvoyée sans délai au secrétariat de la ligue à CAMBRAI par courriel ou courrier.**

Pour répondre à toute nécessité, les parents doivent préciser sur l'autorisation parentale les contraintes médicales de l'enfant et la conduite à tenir en cas d'incident de santé.

➤ **ORGANISATION** :

- Chaque enfant devra disposer de 2 polos par jour, 2 paires de chaussures de sport dont une paire de basket de running (salle et extérieur 1), un coupe-vent, une paire de chaussons pour le soir et un sac de couchage + oreiller. **Prévoir un réveil. Chaque joueur doit avoir une gourde.**
- Afin de respecter le régime alimentaire du joueur, les aliments sucrés et salés sont interdits et peuvent être confisqués par les entraîneurs. Les enfants doivent s'habituer à manger correctement pendant les repas.
- Les téléphones portables et autres appareils connectés seront à disposition des enfants en soirée entre 20h et 21h. Les enfants les rendront ensuite aux entraîneurs.

Comptant sur ton investissement pendant le stage, je t'adresse mes cordiales salutations.

Bien sportivement,

Franck DELCAMBRE



Stage Pôle

du 15 au 19 décembre 2025

LISTE DES JOUEURS et JOUEUSES SÉLECTIONNÉS

GARCONS	FILLES
BAQUET Léo (Béthune ASTT)	ALI OU LAHCEN Jennah (Neuville en Ferrain PP)
GIRARD Thomas (Lille Métropole TT)	BATAILLE Alyssia (Leers OSTT)
HORLAVILLE Noann (Beauvais TT)	GUYOT Charlotte (Lille Métropole TT)
LEGRAND Antonin (Proville ASL)	SURAND Eva (Roncq Uljap)
	SEBBE Blanche (St Quentin TT)
	VARLET DENIS Zoé (Béthune ASTT)

ENCADREMENT DU STAGE :

Franck DELCAMBRE [responsable du Pôle](#) : ☎ 06 66 22 06 01

Cadre : Quentin JACQUES



LIGUE HAUTS-DE-FRANCE DE TENNIS DE TABLE

Siège : 32 rue d'Abbeville, 59400 CAMBRAI
☎ : 03 27 79 67 00 @ : contact@liguehdfft.fr - 🌐 https://liguehdfft.fr
Pôle de Beauvais : BP 90966 60009 BEAUVAIS CEDEX
☎ : 06 24 63 23 63 @ : contact.sportif@liguehdfft.fr

Stage Pôle du 15 au 19 décembre 2025

AUTORISATION PARENTALE

à renvoyer au secrétariat de la ligue à CAMBRAI avant le 3 décembre 2025.

Je soussigné(e), M, Mme _____², père, mère,

Adresse :

responsable légal¹,

de _____²

autorise l'encadrement à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant désigné ci-dessus (visite médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale d'urgence, ...) selon les prescriptions médicales.

INFORMATIONS INDISPENSABLES EN CAS DE BESOIN MEDICAL :

N° de sécurité sociale :

Nom du médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement actuellement ? : OUI - NON¹

Si OUI, lequel ? : _____⁴

Personne à prévenir en cas de problème : _____²

N° de téléphone des ou du tuteur légal : _____

Autorisez-vous votre enfant à la sortie piscine : OUI : NON

Votre enfant sait-il nager : OUI : NON

Fait à : _____ le _____

Nom et Prénom du responsable légal :

Signature du responsable légal³

¹ Barrer la ou les mentions inutiles

² Inscrire le NOM (majuscules) et le Prénom

³ Faire précéder la signature de la mention "Lu et approuvé"

⁴ Joindre l'ordonnance du médecin traitant

