**PROJET DE PERFORMANCE FEDERAL-POLE ESPOIR U18-**

**DOSSIER CANDIDATURE**

**A renvoyer le dossier à la FFHG à l’attention de la DTN.**

**Nature juridique de la structure :**

Nom de la structure :

Adresse du siège social :

Code postal : Ville : Région :

Tél : Fax : Email :

N° SIRET :

**Numéro d’agrément Jeunesse et Sport**

**Nom, Prénom et fonction de la personne ayant rempli le formulaire :**

Tél :

Email :

Fait à :

Le :

(Cachet et signature)

**Pièces à joindre au dossier**

*Statuts*

*Organigramme du club*

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**LABEL CLUB FORMATEUR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Effectifs /Catégorie** | **Sexe** | **U5** | **U6** | **U7** | **U8** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** |
| **Sexe** | **M** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **F** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’entraîneurs diplômés/catégorie** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** | **Total** |
| **Diplôme** | **BE 2 ou DES** |  |  |  |  |  |  |  |
| **BE 1 ou DE** |  |  |  |  |  |  |  |
| **BF 3 ou DF3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **BF 2 ou DF2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **BF 1 ou DF1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bénévole Module A** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Bénévole Module B** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Bénévole Module C** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Bénévole Module D** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Bénévole Module E** |  |  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de dirigeants/Catégorie** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** | **TOTAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formation Continue des Entraîneurs** | **BE2 ou DES** | **BE1 ou DE** | **CQP** | **BF 3 ou DF3** | **BF 2 ou DF2** | **BF1 ou DF1** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’équipe engagées/catégorie en championnat** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’heures de glace/catégorie** | **U7** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’heures Hors glace/catégorie** | **U7** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de créneaux de match/WE** | **1** | **2** | **3** | **4** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’arbitre formés /équipes engagées en championnat** | **U9** | **U11** | **U13** | **U15** | **U17** | **U20** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de semaine de fonctionnement club** | **36** | **37** | **38** | **39** | **40** | **41** | **42** | **43** | **44** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Club participant aux activités sportives de la ZONE** | **U7 fair playzir** | **Tournoi U9** | **Réveil Ton Hockey U11** | **U13** | **Dev U14** | **Détection U15** | **Entraineur ETR** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**LABEL CENTRE D’ENTRAINEMENT U15 DE CLUB FORMATEUR**

**I - STRUCTURE DU CENTRE D’ENTRAINEMENT U15**

**Présentation de la section sportive ou de la classe à Horaire aménagée :**

Nom de la structure scolaire :

Classes concernées :

Nom du responsable de la section sportive :

Tél :

Email :

Organigramme des personnes en charge de la structure (noms – prénoms - fonctions) :

**Pièces à fournir :**

*Convention entre EN (collège) et club*

*Organigramme de la structure*

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**II – EFFECTIF DU CENTRE D’ENTRAINEMENT U15**

**Liste des joueurs** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Date de naissance** | **Catégorie d’âge** | **Club d’origine** | **Classe** | **Année d’entrée au CECF** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**III – ORGANIGRAMME NOMINATIF DES PERSONNES CHARGEES DE l’ENCADREMENT DE CENTRE D’ENTRAINEMENT U15 DE CLUB FORMATEUR (SSS ou CHA)**

|  |
| --- |
| **TECHNIQUE** |
|  ***Nom – Prénom*** | ***Fonction*** | ***Statut*** | ***Diplôme, qualification*** | ***Interventions/Type et volume d’heures*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MEDICAL** |
| ***Nom - Prénom*** | ***Fonction*** | ***Statut*** | ***Diplôme, qualification*** | ***Interventions*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ADMINISTRATIF** |
| ***Nom - Prénom*** | ***Fonction*** | ***Statut*** | ***Diplôme, qualification*** | ***Interventions/Type et volume d’heures*** |
|  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**IV – AMENAGEMENT DE LA SCOLARITE**

① étalement de la scolarité ② emploi du temps aménagé

③ soutien scolaire ④suppression de certains cours

⑤autres (précisez)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissements concernés par un aménagement de scolarité** | **①****oui/non** | **②****oui/non** | **③****oui/non** | **④****oui/non** | **⑤****Précisez** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**V – CONDITIONS D’ENTRAINEMENT-INSTALLATIONS ET EQUIPEMENTS SPORTIFS**

 **Entraînement**

|  |
| --- |
| **Planification hebdomadaire et durée des créneaux des séances hors glace et sur glace** |
| ***Période*** | \* | *Lundi* | *Mardi* | *Mercredi* | *Jeudi* | *Vendredi* | *Samedi* | *Dimanche* |
| **Matin** | **HG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Après Midi** | **HG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Soir** | **HG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G** |  |  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

***Accès aux structures sportives***

|  |
| --- |
| **1 – Patinoire :** |
| ***Nom*** | ***Adresse*** | ***Descriptif (dimension, nombre de piste…)*** | ***Disponibilité (jour/horaire)*** | ***Nom du Gérant*** |
|  |  |  |  |  |
| **2 - Vestiaire** |
| ***Dimension*** | ***Douches*** | ***Casiers joueurs*** | ***Mise à disposition permanente*** | ***Local matériel*** |
|  |  |  |  |  |
| **3 – Autres installations** |
| ***Nom*** | ***Adresse*** | ***Descriptif*** | ***Disponibilité (jour/horaire)*** | ***Nom du Gérant*** |
|  |  |  |  |  |
| **4 - Salle de Musculation** |
| ***Nom*** | ***Adresse*** | ***Descriptif Matériel*** | ***Disponibilité (jour/horaire)*** | ***Nom du Gérant*** |
|  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**VI – SUIVI MEDICAL**

1. **Voir les textes en vigueur de l’éducation nationale**
2. **Informations et suivi**

|  |  |
| --- | --- |
| * Organisation d’une heure d’information sur la lutte contre le dopage en début de saison, avec l’ensemble des joueurs en section,
 |  |
|  |  |
| * Organisation d’une information et sensibilisation sur la préparation physique en début de saison, avec l’ensemble des joueurs en section,
 |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Lieu de passage des visites médicales :** **Lieu de passage des tests d’effort :****Mise en place d’une réunion sur la lutte contre le dopage :****Nom et prénom du Médecin :****Une réunion d’information a été organisée :** |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**VII - CONDITIONS D’HEBERGEMENT ET DE RESTAURATION**

**HEBERGEMENT**

**Indiquez les solutions d’hébergement (internat, creps, centre d’hébergement agréé, Famille d’accueil, domicile familial,) prévues.**

|  |
| --- |
| **MINEURS** |
| *Type* | *Adresse* | *Effectif* | *Ouvert week-end et jours fériés* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**RESTAURATION**

Indiquez les solutions de restauration prévues.

|  |
| --- |
| **MINEURS** |
| *Type* | *Adresse* | *Effectif* | *Ouvert week-end et jours fériés* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**LABEL POLE ESPOIR U18 DE CLUB FORMATEUR**

**I - STRUCTURE DU POLE ESPOIR**

**Présentation de la section sportive Lycée :**

Nom de la structure scolaire :

Classes concernées :

Nom du responsable de la section sportive :

Tél :

Email :

Organigramme des personnes en charge de la structure (noms – prénoms - fonctions) :

**Pièces à fournir :**

*Convention entre EN (collège) et club*

*Organigramme de la structure*

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**II – EFFECTIF DU POLE ESPOIR U18**

**Liste des joueurs** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Date de naissance** | **Catégorie d’âge** | **Club d’origine** | **Classe** | **Année d’entrée au Pôle Espoir** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**III – ORGANIGRAMME NOMINATIF DES PERSONNES CHARGEES DE l’ENCADREMENT DU POLE ESPOIR U18**

|  |
| --- |
| **TECHNIQUE** |
| ***Nom - Prénom*** | ***Fonction*** | ***Statut*** | ***Diplôme, qualification*** | ***Interventions/Type et volume d’heures*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MEDICAL** |
| ***Nom - Prénom*** | ***Fonction*** | ***Statut*** | ***Diplôme, qualification*** | ***Interventions*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ADMINISTRATIF** |
|  ***Nom - Prénom*** | ***Fonction*** | ***Statut*** | ***Diplôme, qualification*** | ***Interventions/Type et volume d’heures*** |
|  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**IV – AMENAGEMENT DE LA SCOLARITE**

① étalement de la scolarité ② emploi du temps aménagé

③ calendrier des examens aménagé ④ soutien scolaire

⑤ suppression de certains cours ⑥ enseignement à distance ⑦ autres (précisez)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissements concernés par un aménagement de scolarité** | **①****oui/non** | **②****oui/non** | **③****oui/non** | **④****oui/non** | **⑤****oui/non** | **⑥****oui/non** | **⑦****Précisez** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**V - CONDITION DE L’ENTRAINEMENT ET ACCES AUX EQUIPEMENT SPORTIFS – INSTALLATIONS ET EQUIPEMENTS SPORTIFS**

|  |
| --- |
| **Planification hebdomadaire et durée des créneaux des séances hors glace et sur glace** |
| Période | \* | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
| **Matin** | **HG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Après Midi** | **HG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Soir** | **HG** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G** |  |  |  |  |  |  |  |

**ENTRAINEMENT**

**PERIODE DE REPOS**

|  |
| --- |
| **A préciser le jour de repos hebdomadaire et les périodes de repos pendant la saison:** |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**ACCES STRUCTURES SPORTIVES**

|  |
| --- |
| **1 – Patinoire :**  |
| Nom | Adresse | Descriptif (dimension, nombre de piste…) | Disponibilité (jour/horaire) | Nom du Gérant |
|  |  |  |  |  |
| **2 - Vestiaire** |
| Dimension | Douches | Casiers joueurs | Mise à disposition permanente | Local matériel |
|  |  |  |  |  |
| **3 – Autres installations**  |
| Nom | Adresse | Descriptif | Disponibilité (jour/horaire) | Nom du Gérant |
|  |  |  |  |  |
| **4 - Salle de Musculation** |
| Nom | Adresse | Descriptif Matériel | Disponibilité (jour/horaire) | Nom du Gérant |
|  |  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**VI - SUIVI MEDICAL**

1. **Suivi médical réglementaire**
* Une Echo Cardiaque
* Un examen clinique
* Un test VO2 max à l’effort
* une analyse de sang : (il n’est pas nécessaire d’être à jeun)

- NFS

- Ferritine

- Réticulocytes

* Une analyse d’urine (bandelette urinaire) à la recherche :

- Protéinurie

- Glycosurie

- Hématurie

- Nitrites

* Un examen dentaire de dépistage
1. **Informations et suivi**

|  |  |
| --- | --- |
| * Organisation d’une heure d’information sur la lutte contre le dopage en début de saison, avec l’ensemble des joueurs en formation,
 |  |
|  |  |
| * Organisation d’une information et sensibilisation sur la préparation physique en début de saison, avec l’ensemble des joueurs en formation,
 |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * Possibilité quotidienne pour les joueurs de rentrer en contact et/ou d’être reçu par le médecin référent en cas de blessure ou autre problème, avec orientation vers des examens spécifiques complémentaires en cas de pathologie récurrente.
 |  |
|  |  |
| * Possibilité quotidienne pour les joueurs de rentrer en contact et/ou d’être reçu par le kinésithérapeute ou le cabinet paramédical.
 |  |
|  |  |
| * Le médecin responsable et le kinésithérapeute du centre de Haut Niveau prévoient un passage hebdomadaire dans le centre de formation, si possible en concertation.
 |  |
|  |  |
| * Le médecin référent du centre de Haut Niveau met en place un réseau médical qui puisse répondre aux problèmes spécifiques et pathologies du hockey sur glace.
 |  |

|  |
| --- |
| **Mise en place d’une réunion sur la lutte contre le dopage :****Nom et prénom du Médecin :****Une réunion d’information a été organisée :** |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**VII - CONDITIONS D’HEBERGEMENT ET DE RESTAURATION**

**HEBERGEMENT**

**Indiquez les solutions d’hébergement (internat, creps, centre d’hébergement agréé, Famille d’accueil, domicile familial,) prévues.**

|  |
| --- |
| **MINEURS** |
| *Type* | *Adresse* | *Effectif* | *Ouvert week-end et jours fériés* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MAJEURS** |
| *Type* | *Adresse* | *Effectif* | *Ouvert week-end* *et jours fériés* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**RESTAURATION**

Indiquez les solutions de restauration prévues

|  |
| --- |
| **MINEURS** |
| Type | Adresse | Effectif | Ouvert week-end et jours fériés |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**ANNEXES**

**ANNEXE 1 : CONDITIONS/ACCUEIL DES JOUEURS MINEURS**

*Il doit être conforme aux dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité dans les centres d’hébergement*.

Etablissement agréé (Education Nationale et Ministère des Sports) :

* Internat de l’établissement scolaire ou centre d’hébergement agréé
* Structure d’accueil pour mineurs bénéficiant d’un agrément des services compétents

La présence d’une personne assurant la surveillance est obligatoire dès lors que les stagiaires sont mineurs.

Pour le respect de l’autonomie individuelle, la disposition de l’hébergement n’excédera pas 3 athlètes par chambre.

La restauration des joueurs :

Si la restauration n’est pas assurée par les structures d’hébergement, Le club organise un espace restauration facilement accessible dans le bâtiment ou à proximité de l’hébergement. La restauration doit être adaptée à la pratique de haut niveau (qualité, quantité, équilibre). Les repas du soir et des week-ends devront être organisés par le club soit sur le site d’hébergement principal soit à proximité.

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*

**ANNEXE 2 : CONDITIONS/ACCUEIL DES JOUEURS MAJEURS**

Si le sportif est majeur, outre les solutions offertes au sportif mineur, il pourra être soit en :

* Appartement
* Résidence de type Universitaire
* Ensemble de logements séparés à usage exclusif

Dans tous les cas, mineur ou majeur, l’hébergement doit être disponible ou organisé de façon stable le week-end et pendant les vacances scolaires.

**ANNEXE 3 : CONTACTS**

**Directrice Technique Nationale**

**Christine DUCHAMP**

c.duchamp@ffhg.eu

**FEDERATION FRANCAISE DE HOCKEY SUR GLACE**

**33, avenue de la Plaine des Sports**

**95 800 CERGY-PONTOISE**

**Tél. : 01 85 76 49 49**

**Fax : 01 85 76 49 29**

**D***irection* **T***echnique***N***ationale*