|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**

**SAISON 2021-2022**

**COMITE DEPARTEMENTAL DE HOCKEY SUR GLACE 93**

**Patinoire Municipale – Avenue Léon Blum**

**93330 NEUILLY-SUR-MARNE**

 ****

***DOSSIER DE CANDIDATURE***

**Pour compléter : se déplacer avec la tabulation**

|  |
| --- |
|  |

**NOM :** **Prénom :**

**Date de Naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Lieu de Naissance :** **Dépt.:**

**Adresse :**

**Code Postal :** **Ville :**

**PROFESSION**

Du Père :       De la Mère :

**CONTACT**

**Du Père** : maison :       travail :

Portable :       fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

E-mail :

**De la Mère** : maison :       travail :

Portable :       fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

E-mail :

**Du joueur/joueuse** : portable :

E-mail :

Autre personne, précisez :

N° de sécurité sociale :

**AUTORISATION PARENTALE** (obligatoire pour les mineur(e)s)

Je soussigné(e)

Autorise

à faire acte de candidature à la section sportive scolaire.

Signature

**VISA DU CLUB**

Je soussigné(e)

Président du club de

Déclare avoir pris connaissance de la candidature de

Signature :

***RENSEIGNEMENTS SPORTIFS***

N° de licence :

Nom du club actuel :

Entraîneur actuel :       Téléphone :

Nombre d’années de hockey :    ans

Tu joues :  Droitier  Gaucher

Défenseur  Attaquant  Gardien

Pourquoi souhaites-tu intégrer la Section Sportive Scolaire?

As-tu déjà participé à des stages de hockey ?

Non

Oui, précise :

***PLANNING GLACE/HORS GLACE/MATCHS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Saisons** | | |
|  | **2018-2019** | **2019-2020** | **2020-2021** |
| Nombre d’entraînements par semaine |  |  |  |
| Nombre d’heures par semaine |  |  |  |
| Nombre d’entraînements par semaine HG |  |  |  |
| Nombre d’heures par semaine HG |  |  |  |
| Nombre de Matchs |  |  |  |

***RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES***

**Année 18-19**

Classe :

Etablissement :

Adresse :

**Année 19-20**

Classe :

Etablissement :

Adresse :

**Année 20-21**

Classe :

Etablissement :

Adresse :

**Joindre :**

Bulletins scolaires du 1er et 2ème trimestre de cette année et des trois trimestres de l’an passé.

***QUESTIONNAIRE MEDICAL***

Ce questionnaire doit être rempli de façon rigoureuse et sérieuse. Il nous servira de base pour bien vous comprendre et à mieux vous soigner si besoin. Il reste du domaine du secret médical et seuls les titulaires du staff sont accrédités à le lire.

**NOM :**       **Prénom :**

Date de Naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Adresse :

Code Postal :       Ville :

Tel. maison :       portable :

**Personne(s) à prévenir en cas d’urgence :**

Tel. :

**Médecin traitant (éventuellement) :** Dr

Adresse :

Code Postal :       Ville :

**Un bilan médical a-t-il été fait ?**  non oui

**As-tu fait une écho cardiaque ?**  non oui

**Pratiques-tu un autre sport ?**  non oui **Lequel** **?**

T’échauffes-tu avant les entraînements ?  non  oui  parfois

Bois-tu correctement avant, pendant et après l’effort ?  non  oui

As-tu eu une interruption de ta pratique sportive ?  non  oui

Si oui, quand ? :

Pourquoi ?

Durée ?

**Antécédents familiaux (précisez) :**

Cardio-vasculaire :

Métabolique (diabète, cholestérol..) :

Allergies neurologie (épilepsie.)

Psychiatrie (suicide, dépression.)

autre(s)

**Antécédents personnels :**

**Chirurgicaux :** As-tu déjà subi une intervention chirurgicale ?  non oui

Si oui, laquelle :

Autre(s) chirurgie (année) :

**Autres antécédents :**

Cardio-vasculaire

Respiratoire

O.R.L.

Neurologique

Psychiatrique

Maladie infectieuse

Dermatologique

Urologique

Portes-tu des lentilles ?  non  oui

Troubles métaboliques (diabète, cholestérol, acide urique, obésité..) **:**

Troubles endocriniens (tyroïde, surrénales, hypophyse..) :

Antécédents sportifs (blessure, accident..) :

Antécédents non sportifs (traumatisme..) :

Allergies (asthme, cutanée) :

Vaccinations : es-tu à jour de tes vaccins ?  non  oui  ne sais pas

DTPolio :  non  oui

Hépatite B :  non  oui

Suis-tu des traitements médicamenteux ?

As-tu des troubles de la coagulation ?

**Quel est ton groupe sanguin, ton rhésus (en cas d’urgence) :**

**Groupe :** **Rh :**

As-tu actuellement des problèmes médicaux (ou des blessures en cours de traitement) ?

As-tu eu des examens médicaux récemment (ou prise de sang) ?

**Habitudes de vie** :

As-tu un sommeil de qualité ?  non  oui

Nombre d’heures :

As-tu autre chose à nous déclarer sur le plan médical ?  non  oui

Fait à      , le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du sportif/sportive | Signature des parents (si mineur) |