



## SECTION SPORTIVE SCOLAIRE SAISON 2017-2018

COMITE DEPARTEMENTAL DES SPORTS DE GLACE 93  
Patinoire Municipale – Avenue Léon Blum  
93330 NEUILLY-SUR-MARNE



# DOSSIER DE CANDIDATURE

PHOTO

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ mon fils/ma fille \_\_\_\_\_

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 :



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

	Saisons		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre d'entraînements par semaine			
Nombre d'heures par semaine			
Nombre d'entraînements par semaine HG			
Nombre d'heures par semaine HG			
Nombre de Matches			

## **RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES**

### **Année 14-15**

Classe : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### **Année 15-16**

Classe : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### **Année 16-17**

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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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 \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ .

Signature du sportif

Signature des parents (si mineur)