

# **DOSSIER DE CANDIDATURE**

## **A LA SECTION SPORTIVE SCOLAIRE**

*Les Cours  
Saint Joseph  
Notre Dame*



Merci de bien vouloir joindre les pièces suivantes au dossier :

- Bulletins scolaires 2015 – 2016
- Bulletins scolaires 2016 – 2017
- Photocopie de la carte vitale et de la carte de mutuelle
- Photocopie de la licence actuelle

Dossier de candidature à envoyer avant le Vendredi 30 Avril 2017 par :

- Voie informatique à :
  - [0761717d@ac-rouen.fr](mailto:0761717d@ac-rouen.fr), secrétariat de direction
  - Julien GAMBIER - Responsable technique et sportif du ROUEN HANDBALL [jgambier.ha@gmail.com](mailto:jgambier.ha@gmail.com)
  - Frédéric LACHOT - Référent pédagogique : [lachot.fred@wanadoo.fr](mailto:lachot.fred@wanadoo.fr)
- Voie postale à :

**Section sportive scolaire**

Collège des Cours St Joseph - Notre Dame  
Madame GRANDPIERRON Fabienne  
9, Rue d'Ernemont  
76 000 ROUEN

ROUEN HANDBALL  
Monsieur GAMBIER Julien  
40 Rue Moïse  
76 000 ROUEN

## FICHE SIGNALTIQUE

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PHOTO

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom du responsable légal 1 :

\_\_\_\_\_

Nom du responsable légal 2 :

\_\_\_\_\_

Prénom du responsable légal 1 :

\_\_\_\_\_

Prénom du responsable légal 2 :

\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

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

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

Code postal : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COURS St JOSEPH – NOTRE DAME

Adresse postale : 9, Rue d'Ernemont – 76 000 ROUEN

Tél : 02 35 71 56 03 / Email : [0761717d@ac-rouen.fr](mailto:0761717d@ac-rouen.fr)

Site : <http://notre-dame-rouen-col.spip.ac-rouen.fr/>

## RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Club : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du président :

---

---

Nom et coordonnées du responsable sportif et/ou entraîneur :

---

---

Poste(s) habituel(s) :  GB  ALG  ARG  DC  ARD  ALD  PIV

Latéralité : GAUCHER - DROITIER

Taille : \_\_\_\_m\_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_kgs

Nombre d'années de pratique : \_\_\_\_\_

Nombre d'entraînements hebdomadaires : \_\_\_\_\_

Catégorie de pratique 2016-2017 : \_\_\_\_\_

Niveau de pratique 2016-2017 : \_\_\_\_\_

Si sélection(s), merci de bien vouloir l'indiquer (Comité, Ligue) :

---

---

Veuillez définir en quelques lignes votre projet Sportif :

---

---

---

---

## **RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES**

## Établissement 2016 – 2017 :

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

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

## Redoublement : OUI - NON

Si oui, quelle classe ? \_\_\_\_\_

Niveau de classe 2016 -2017 : \_\_\_\_\_

Niveau de classe 2017 -2018 envisagée : \_\_\_\_\_

LV1 : \_\_\_\_\_

LV2 (Allemand/Chinois/Espagnol) : \_\_\_\_\_

## Option 2017-2018 envisagée : Latin OUI - NON

Veuillez définir en quelques lignes votre projet Scolaire et/ou Professionnel :

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

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

Tel. : \_\_\_\_\_

Port. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

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

Tel. : \_\_\_\_\_

Port. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Précisez le(s) cas particuliers : (Allergies, asthme, diabète, broches, contre-indications médicamenteuses, autres – fournir un certificat médical précisant les pathologies et le protocole à respecter en cas de traitement)

---

---

Acuité visuelle :  Port de lentilles  Port de lunettes

Votre enfant a-t-il été blessé pendant la saison ? Si oui, cette blessure a-t-elle nécessité une intervention chirurgicale et/ou un arrêt ?

---

---

Votre enfant suit-il un traitement actuellement ?

---

---

Y-a-t-il des antécédents de blessures traumatiques ou non ?

---

---

- Les informations de ce dossier ne feront l'objet d'aucun traitement automatique,
- Le responsable du présent fichier est l'organisateur,
- La finalité du recueil de ces informations a pour seul but la meilleure visibilité à l'équipe médicale pour l'entrée en structure
- Aucun autre service, ni aucune autre personne n'aura accès à ces données destinées à être détruites dès la fin des tests,

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné M. / Mme \_\_\_\_\_

Responsable légal de : \_\_\_\_\_

Autorise les responsables en cas de tests, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale y compris éventuellement l'hospitalisation (le responsable légal sera prévenu immédiatement)

Autorise mon enfant à participer aux éventuels tests de sélection pour le centre d'entraînement Handball Académie ;

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'organisation des tests.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature

Le \_\_\_\_\_

(précédée de la mention "LU ET APPROUVE")

---

### PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

#### Personne 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Personne 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_