

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, secrétariat de direction
 - Julien GAMBIER - Responsable technique et sportif du ROUEN HANDBALL
jgambier.ha@gmail.com
 - Frédéric LACHOT - Référent pédagogique : 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
---	---

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

FICHE SIGNALÉTIQUE

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 :

Prénom du responsable légal 1 :

Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : ____/____/____/____

Téléphone portable : ____/____/____/____

Nom du responsable légal 2 :

Prénom du responsable légal 2 :

Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone domicile : ____/____/____/____

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

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 :

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

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

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,

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

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

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 : __/__/__/__/__