



PHOTO

**DOSSIER DE CANDIDATURE
DU CENTRE DE PERFECTIONNEMENT
Club de Hockey Amateur de Rouen**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS JOUEUR

NOM : _____ Date de Naissance : ___ / ___ 19___

Prénom : _____ Lieu de Naissance : _____

Dept. : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville** : _____

Professions :

Du Père : _____ **De la Mère** : _____

Contacts :

Du Père : maison : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

e-mail : _____

De la Mère : maison : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ travail : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ fax : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

e-mail : _____

Du joueur : portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

e-mail : _____

Autre personne, précisez : _____ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

N° de sécurité sociale : _____ / _____



AUTORISATION PARENTALE (obligatoire pour les mineur(e)s)
Je soussigné(e) autorise
mon fils à
faire acte de candidature en centre de perfectionnement.

Signature :

VISA DU CLUB
Je soussigné(e) Président du club
de
Déclare avoir pris connaissance de la candidature de
.....

Signature :

HEBERGEMENT:

Quel type d'hébergement souhaitez-vous? Selon les places disponibles, numérotez l'ordre de préférence de 1 à 3

- En famille d'accueil
- Appartement en semi-autonomie (présence d'un intendant)
- Au CRJS (Centre Régional Jeunesse et Sports)



RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

N° de licence : _____

Nom du club actuel : _____

Entraîneur actuel : _____

Nombre d'années de hockey : _____ ans

Taille : cm Poids : Kg

Tu joues : Right Left

Défenseur Attaquant Gardien

Pourquoi souhaites-tu intégrer le Centre de perfectionnement ?

Quelles sont tes ambitions sportives ?

As-tu déjà été sélectionné : Inter département ? Inter région ? Autre(s) ?

Non
 Oui, précise : _____

As-tu déjà participé à des stages de hockey ?

Non
 Oui, précise : _____

Club de Hockey Amateur de Rouen

Centre Guy Boissière – Patinoire Ile Lacroix 76000 Rouen

Téléphone : 02.35.15.49.60 // Mail : sj@char76.fr // Site web : www.hockeyrouen.com



			GLACE		HORS GLACE		MATCHS	
	Club	Position de jeu*	Nombre d'Entraînements par Semaine	Nombre d'Heures d'Ent. par Semaine	Nombre d'Ent. par semaine	Nombre d'heures d'Ent. par semaine	Nombre de matchs joués en Championnat	Nombre de matchs amicaux joués
Saison 06-07								
Saison 07-08								
Saison 08-09								
Saison 09-10								
Saison 10-11								
Saison 11-12								



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	Classe	Etablissement - Adresse
Année 05-06		
Année 06-07		
Année 07-08		
Année 08-09		
Année 09-10		
Année 10-11		
Année 11-12		

Joindre :

Bulletins scolaire du 1^{er} et 2^{ème} trimestre de cette année et des trois trimestres de l'an passé.

Quel est ton projet scolaire ? Orientation scolaire, jusqu'au Bac et post-bac ?

Quelles sont tes ambitions professionnelles ?

Si tu n'es plus scolarisé :

Pourquoi es-tu sorti du système scolaire ?

Quelles sont tes ambitions ?



QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Ce questionnaire doit être rempli de façon rigoureuse et sérieuse à domicile. 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 médical sont accrédités à le lire.

Merci de veiller à la signature du document et de le joindre au dossier d'inscription **sous enveloppe fermée**, adressée au Dr Cauchois (médecin du club habilité à gérer les problèmes médicaux).

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse :

—

Code Postal : _____ Ville: _____

Tel. maison : __ / __ / __ / __ / __ portable : __ / __ / __ / __ /

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :

—

Tel. : _____

Etudes en cours (ou niveau d'étude) :

Médecin traitant (éventuellement) : Dr _____

Adresse :

—

Code Postal : _____ Ville: _____

Club saison 2009-2010 : _____

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

Es-tu sportif de haut niveau ? non oui,
depuis quelle date ? __ / __ / ____

As-tu fait une écho cardiaque ? non oui

Es-tu en équipe nationale ? non oui

As-tu fait l'objet d'un suivi longitudinal médical contrôlé ? oui non

Pratiques-tu un autre sport ? non oui

Lequel ? _____

Dopage : un test de dépistage a-t-il été fait dans les 2 dernières années ? non
oui



Hygiène de l'entraînement :

T'échauffes-tu avant ta pratique sportive ? non oui parfois

Fais-tu de la musculation ? non oui,

nombre d'heures par semaine : _____

Fais-tu des étirements après ta pratique sportive : 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. : _____

Neuro : _____

Psychiatrique : _____

Maladie infectieuse : _____

Dermato : _____



Urologie : _____

Ophtalmo : _____

Portes-tu des lentilles ? non oui

troubles métaboliques (diabète, cholestérol, acide urique, obésité..) :

troubles endocriniens (thyroïde, surrenales, 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) :

Gr : _____ 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 _____

Tabac : Fumes-tu actuellement ? non oui, combien par jour ? _____

Alcool : Consommes-tu des boissons alcoolisées régulièrement ? non oui

Toxiques : Fais-tu usage de stupéfiants ? non oui, précise : cocaïne

Cannabis autre :

Alimentaire : Prends-tu des compléments vitaminés ? non oui

Prends-tu des poudres (ou compléments) protéinées ? non oui

As-tu des habitudes alimentaires particulières (ou des régimes alimentaires précis) ?

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

Fait à _____, le __/__/_____.

Signature du sportif

Signature des parents (si mineur)



Lettre de motivation :

Rédigez ci-dessous votre lettre de motivation.