



PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE

À renvoyer par la poste à :
HCCP : Hockey Club de Cergy-Pontoise
33 Avenue de la Plaine des Sports
95800 Cergy

Avant le 20 Avril 2018

FICHE DE RENSEIGNEMENTS JOUEUR

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

Prénom : _____ **Lieu de Naissance :** _____

Departement. : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Professions :

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

Contacts :

Du Père : **Domicile :** __/__/__/__/__ **Travail :** __/__/__/__/__
Portable : __/__/__/__/__ **Fax :** __/__/__/__/__

E-mail : _____

De la Mère : **Domicile :** __/__/__/__/__ **Travail :** __/__/__/__/__
Portable : __/__/__/__/__ **Fax :** __/__/__/__/__

E-mail : _____

Du joueur : **Portable :** __/__/__/__/__

E-mail : _____

Autre personne, précisez : _____ __/__/__/__/__

N° de sécurité sociale : _____ / _____



DOCUMENT A REMPLIR PAR LES PARENTS

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

*Je soussigné(e) autorise mon fils/ma fille à faire acte de candidature et se présenter aux épreuves de sélection de l'Académie du HCCP le **MARDI 8 MAI 2018**.*

Par ailleurs, je dégage le club de Cergy-Pontoise de toute responsabilité au cas où mon fils/ma fille subirait un accident au cours de ces sélections.

Fait à....., le...../...../ 2018

Signature :

Merci de nous retourner ce document avant le **20 Avril 2018**

Académie du HCCP
Aren'ice, 33 Avenue de la Plaine des Sports
95800 Cergy



RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

N° de licence : _____

Nom du club actuel : _____

Entraîneur actuel : _____ Téléphone : _____

Nombre d'années de hockey : _____ ans

Tu joues : Right

Arrière Avant

Pourquoi souhaites-tu intégrer la Section Sportive ?

Quelles sont tes ambitions sportives ?

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

Non

Oui, précise :

As-tu déjà participé au plan de développement ? Au plan de détection ?

Non

Oui, précise :

As-tu déjà participé à des stages de hockey ?

Non

Oui, précise :



GLACE				HORS-GLACE		MATCHS
CLUB	POSITION	Nombre d'entraînements par semaine	Nombre d'heures par semaine	Nombre d'entraînements par semaine	Nombre d'heures par semaine	Nombre de Match
SAISON 12-13						
SAISON 13-14						
SAISON 14-15						
SAISON 15-16						
SAISON 16-17						
SAISON 17-18						



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	CLASSE	ETABLISSEMENT – ADRESSES
Année 11-12		
Année 12-13		
Année 13-14		
Année 14-15		
Année 15-16		
Année 16-17		
Année 17-18		

Joindre :

Bulletins scolaires 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 ?



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 Personne (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 2016-2017 :

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 échographie cardiaque ? **non** **oui**

Es-tu en équipe nationale ? **non** **oui**

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

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

Neurologique

Psychiatrique

Maladie infectieuse

Dermato

Urologie

Ophtalmo



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 : _____ R h : _____

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.