



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

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 : cdp@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 04-05								
Saison 05-06								
Saison 06-07								
Saison 07-08								
Saison 08-09								
Saison 09-10								



## RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	Classe	Etablissement - Adresse
Année 03-04		
Année 04-05		
Année 05-06		
Année 06-07		
Année 07-08		
Année 08-09		
Année 09-10		

**Joindre :**

Bulletins scolaire du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> 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 (tyroïde, 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 : Consomes-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.