

DOSSIER DE CANDIDATURE 2024-2025 À LA SECTION SPORTIVE SCOLAIRE



Merci de bien vouloir joindre les pièces suivantes au dossier :

- Bulletins scolaires 2022 - 2023
- Bulletins scolaires 2023 – 2024
- Photocopie de la carte vitale et de la carte de mutuelle
- Photocopie de la licence actuelle

Dossier de candidature à envoyer avant le dimanche 05 mai 2024 par :

- Voie informatique à :
 - o 0761717d@ac-rouen.fr, secrétariat de direction
 - o Kevyn Preel - Responsable technique et sportif au ROUEN HANDBALL
kevyn.preel@rouen-handball.fr
 - o Frédéric LACHOT - Référent pédagogique : lachot.fred@wanadoo.fr
- Voie postale à :

Section sportive scolaire

Institution Saint FRANCOIS D'ASSISE

Madame GRAVERON Sophie
9, Rue d'Ernemont
76 000 ROUEN

OU

ROUEN HANDBALL

Monsieur Kevyn Preel
40 Rue Moïse
76 000 ROUEN

Institution St FRANCOISE D'ASSISE

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

Tél : 02 35 71 56 03 / Email ; 0761717d@ac-rouen.fr / Site : saint-francois-d-assise.spip.ac-rouen.fr

FICHE SIGNALÉTIQUE

PHOTO

RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___ A : _____

Mail : _____@_____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : ___/___/___/___/___ Téléphone portable : ___/___/___/___/___

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 : ___/___/___/___/___

Institution St FRANCOISE D'ASSISE

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

Tél : 02 35 71 56 03 / Email : 0761717d@ac-rouen.fr / Site : saint-francois-d-assise.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 2023-2024 : _____

Niveau de pratique 2023-2024 : _____

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

Veuillez définir en quelques lignes votre projet Sportif :

Institution St FRANCOISE D'ASSISE

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

Tél : 02 35 71 56 03 / Email ; 0761717d@ac-rouen.fr / Site : saint-francois-d-assise.spip.ac-rouen.fr

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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,

A nnexe

FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITÉ EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE

Nom	Discipline pratiquée
Prénom	
Domicile	
Date de naissance	
	Nombres d'heures
	Surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Double surclassement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Antécédents médicaux	Autre discipline pratiquée :
Antécédents chirurgicaux	
Traitement en cours	

Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)
Examen pulmonaire
ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)
Évaluation de la croissance et de la maturation: - Examen morpho-statique et anthropométrique - Maturation pubertaire (critères de Tanner)
Plis cutanés
Examen de l'appareil locomoteur
Examen podologique
Examen dentaire
Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)
Dépistage des troubles visuels
Dépistage des troubles auditifs
Autres (abdomen, etc.)
Bilan des vaccinations
Conseils diététiques (si besoin)
Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)

Certificat médical de non-contre-indication

Je, soussigné, docteur.....

certifie avoir examiné ce jour

NOM

Prénom

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la
pratique dans le cadre de la section sportive scolaire ,

Date

Signature du médecin

AUTORISATION 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 être photographe et filmer pour la communication de la section sur le Facebook et le site du collège pour l'année en cours ;

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 : __/__/__/__/__

Institution St FRANCOISE D'ASSISE

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

Tél : 02 35 71 56 03 / Email ; 0761717d@ac-rouen.fr / Site : saint-francois-d-assise.spip.ac-rouen.fr

MUTATION

S'inscrire à la section sportive n'inclut pas un changement de club. Bien au contraire, l'objectif est que chacun se développe au sein de la section et fasse profiter son club de son évolution personnelle.

Les mutations restent exceptionnelles et ne peuvent faire suite qu'à une concertation entre le joueur, sa famille et les 2 clubs concernés.

Institution St FRANCOISE D'ASSISE

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

Tél : 02 35 71 56 03 / Email ; 0761717d@ac-rouen.fr / Site : saint-francois-d-assise.spip.ac-rouen.fr