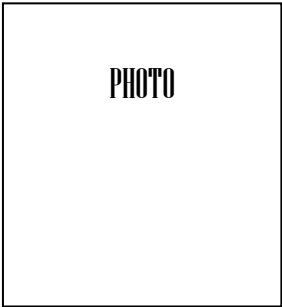




DIJON HOCKEY CLUB
1, Boulevard Trimolet
21000 Dijon
www.dijonhockey.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE
(à renvoyer par la poste à:
DHC 1, Boulevard Trimolet
21000 Dijon)



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 filsà
faire acte de candidature en centre de formation.

Signature :



RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

N° de licence : _____

Nom du club actuel : _____

Entraîneur actuel : _____ Téléphone: _____

Nombre d'années de hockey : _____ ans

Tu joues : ☐ Right ☐ Left
☐ Défenseur ☐ Attaquant ☐ Gardien

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 participer 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 n 05-06							
Saison 06-07							
Saison 07-08							
Saison 08-09							
Saison 09-10							
Saison 10-11							



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	Classe	Etablissement - Adresse
Année 04-05		
Année 05-06		
Année 06-07		
Année 07-08		
Année 08-09		
Année 09-10		
Année 10-11		

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 ?



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 Milesi (médecin du club habilité à gérer les problèmes médicaux).

NOM
 Date de naissance : __ / __ / ____
 Adresse :

 Code Postal : _____

Prénom :

 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 ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Es-tu sportif de haut niveau ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
depuis quelle date ? __ / __ / ____		
As-tu fait une écho cardiaque ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Es-tu en équipe nationale ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
As-tu fait l'objet d'un suivi longitudinal médical contrôlé ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Pratiques-tu un autre sport ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> 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

.R.L.

Neurologique

Psychiatrique

Maladie infectieuse

Dermato

Urologie

Ophtalmo

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: _____ 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.