



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 )

PHOTO

## 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
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 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 souhaitez-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 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<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 ?**



## 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

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 ?  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

.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.