



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

PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE

à renvoyer par la poste à:
Dijon Hockey Club
1, Boulevard Trimolet
21000 Dijon

FICHE DE RENSEIGNEMENTS JOUEUR

NOM : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Prénom : _____

Lieu de Naissance : _____

Dept. : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville: _____

Professions :

Du Père : _____

De la Mère : _____

Contacts :

Du Père : maison : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
e-mail : _____

travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

De la Mère : maison : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
e-mail : _____

travail : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
fax : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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.

Signature :



RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

N° de licence : _____

Nom du club actuel : _____

Entraîneur actuel : _____ Téléphone: _____

Nombre d'années de hockey : _____ ans

Tu joues : Right Left
 Arrière Avant 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 08-09							
Saison 09-10							
Saison 10-11							
Saison 11-12							
Saison 12-13							
Saison 13-14							



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	Classe	Etablissement - Adresse
Année 07-08		
Année 08-09		
Année 09-10		
Année 10-11		
Année 11-12		
Année 12-13		
Année 13-14		

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

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

Neurologique

Psychiatrique

Maladie infectieuse

Dermato

Urologie

Ophthalmo

Urologie

Ophthalmo



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)



www.dijonhockey.fr

Lettre de motivation

Rédez ci-dessous votre lettre de motivation.