



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

DOSSIER DE CANDIDATURE

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

PHOTO

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 : __ / __ / __ / __ / __ 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 : _____ / _____



DOCUMENT A REMPLIR PAR LES PARENTS

AUTORISATION PARENTALE (obligatoire pour les mineur(e)s)
Je soussigné(e) autorise
mon fils/ma fille..... à faire acte de
candidature et se présenter aux épreuves de sélection au Centre de
Performance de DIJON le **Vendredi 8 Mai 2015**.

Par ailleurs, je dégage le club de DIJON de toute responsabilité au
cas où mon fils/ma fille subirait un accident au cours de ces
sélections.

Fait à _____, le _____ 2015

Signature :

Merci de nous retourner ce document avant le 24 Avril 2015

Dijon Hockey Club

C.RITZ

1 Bd Trimolet

21000 DIJON

Contact@dijonhockey.fr



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
<i>Saison</i> 09-10							
<i>Saison</i> 10-11							
<i>Saison</i> 11-12							
<i>Saison</i> 12-13							
<i>Saison</i> 13-14							
<i>Saison</i> 14-15							



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	Classe	Etablissement - Adresse
Année 08-09		
Année 09-10		
Année 10-11		
Année 11-12		
Année 12-13		
Année 13-14		
Année 14-15		

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

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: _____ 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)



Lettre de motivation

Rédigez ci-dessous votre lettre de motivation.