LE DOSSIER DE CANDIDATURE A RETOURNER

PHOTO

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM……
PRENOM…….
DATE DE NAISSANCE……..A……
NATIONALITE…….
MAIL…….
ADRESSE…….
CODE POSTAL…….COMMUNE……
TEL DOMICILE……
TEL PORTABLE (du candidat)……

RESEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM DU PERE…….
PRENOM……
MAIL……..
ADRESSE……
CODE POSTAL…….COMMUNE……
TEL DOMICILE……
TEL PORTABLE PERE……
PROFESSION……
TEL PRO……

NOM DE LA MERE…….
PRENOM……
MAIL……..
ADRESSE……
CODE POSTAL…….COMMUNE……
TEL DOMICILE……
TEL PORTABLE MERE……
PROFESSION……
TEL PRO……

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

ETABLISSEMENT SCOLAIRE ACTUEL…….
ADRESSE…….
CODE POSTAL…….COMMUNE…….
TEL……
CLASSE ACTUELLE……..
REDOUBLEMENT OUI NON
ANNEE…….
CLASSE……
RAISONS…….
BOURSIER OUI NON
CLASSE ENVISAGEE L'ANNEE PROCHAINE…….

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES 2 PREMIERS BULLETINS TRIMESTRIELS AU DOSSIER

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

CLUB……..LIGUE……COMITE(N°)……
NOM ET COORDONNEES DU PRESIDENT……
……...
NOM ET COORDONNEES DE L'ENTRAINEUR…….
……
EQUIPE …….NIVEAU DE JEU…….
NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE DE HANDBALL…….
POSTE(S) DE JEU 1/……..2/……
TAILLE……POIDS…….. DROITIER GAUCHER
SELECTION DEPARTEMENTALE OUI NON
SELECTION DE LIGUE OUI NON
STAGE ½ ZONE OUI NON
STAGE DE ZONE OUI NON
STAGE INTERZONE OUI NON
STAGE NATIONAL OUI NON
AUTRES SPORTS PRATIQUES (PRECISER NOMBRE D'ANNEES ET NIVEAU)
……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

LES RENSEIGNEMENTS CI-APRES SONT DESTINES A MIEUX GERER L'ATHLETE EN CAS D'INTEGRATION A L'O.C.CESSON ET SONT DESTINES A L'EQUIPE MEDICALE.

ALLERGIE……
……
OPERATIONS CHIRURGICALES (PRECISER LA DATE ET LIEU)
……
……
ENTORSES (PRECISER LA DATE, LE NEMBRE ET LE COTE)
……
……
AVEZ-VOUS SUIVI DES SEANCES DE KINESITHERAPIE (REEDUCATION) ?
……
……
SOUFFREZ-VOUS PARFOIS DES CHEVILLES, DES GENOUX, DU DOS (PRECISEZ) ?
……
……
AUTRE ELEMENTS MEDICAUX QUE VOUS SOUHAITERIEZ PORTER A LA CONNAISSANCE DU MEDCIN……