



NICOLAS - JOSEPH
CUGNOT
LYCEE POLYVALENT

collège



BALZAC



SECTION SPORTIVE SCOLAIRE SAISON 2025-2026

HOCKEY CLUB DE NEUILLY SUR MARNE
Patinoire Municipale – Avenue Léon Blum
93330 NEUILLY-SUR-MARNE



DOSSIER DE CANDIDATURE

PHOTO

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de Naissance : _____ Dépt.: _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

PROFESSION

Du Père : _____ De la Mère : _____

CONTACT

Du Père : maison : __/__/__/__/__ travail : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__ fax : __/__/__/__/__

E-mail : _____

De la Mère : maison : __/__/__/__/__ travail : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__ fax : __/__/__/__/__

E-mail : _____

Du joueur/joueuse : portable : __/__/__/__/__

E-mail : _____

Autre personne, précisez : _____

N° de sécurité sociale : _____ / _____

AUTORISATION PARENTALE (obligatoire pour les mineur(e)s)

Je soussigné(e) _____

autorise _____ mon fils/ma fille _____

à faire acte de candidature à la section sportive scolaire.

Signature

VISA DU CLUB

Je soussigné(e) _____

Président du club de _____

Déclare avoir pris connaissance de la candidature de _____

Signature :

PLANNING GLACE / HORS GLACE / MATCHS

	Saisons		
	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Nombre d'entraînements par semaine			
Nombre d'heures par semaine			
Nombre d'entraînements par semaine HG			
Nombre d'heures par semaine HG			
Nombre de Matches			

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Année 22-23

Classe : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

Année 23-24

Classe : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

Année 24-25

Classe : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

Joindre :

Bulletins scolaires du 1er trimestre (2ème si possible) de cette année et des trois trimestres de l'an passé.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire doit être rempli de façon rigoureuse et sérieuse. 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 sont accrédités à le lire.

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel. maison : __ / __ / __ / __ / __ portable : __ / __ / __ / __ / __

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence : _____

Tel. : __ / __ / __ / __ / __

Médecin traitant (éventuellement) : Dr _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Un bilan médical a-t-il été fait ? non oui

As-tu fait une écho cardiaque ? non oui

Pratiques-tu un autre sport ? non oui **Lequel ?** _____

T'échauffes-tu avant les entraînements ? 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

O.R.L.

Neurologique

Psychiatrique

Maladie infectieuse

Dermatologique

Urologique

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 :

As-tu autre chose à nous déclarer sur le plan médical ? non oui

Fait à _____, le __ / __ / _____.

Signature du sportif/sportive

Signature des parents (si mineur)