

Dossier de candidature

« HANDBALL »

Année scolaire 2021 - 2022

NOM et Prénom de l'élève : _____

Pièces à fournir

- Fiche renseignements
- Renseignements scolaires et avis du professeur d'EPS
- Renseignements sportifs et avis de l'entraîneur du club
- Certificat médical de non contre-indication
- Fiche médicale en vue d'une intégration à la section sportive « Handball »
- Pièces à joindre impérativement (photopies)

- Bulletins de notes des deux premiers trimestres ou semestres de l'année scolaire 2020-2021
- Bulletins de notes des trois trimestres ou 2 semestres de l'année scolaire 2019-2020
- Relevé d'absences pour l'année en cours.

Ce dossier doit parvenir complet au plus tard le :

Vendredi 28 mai 2021

à

Monsieur le Proviseur
Lycée Polyvalent de Haute Auvergne
20, rue Marcellin Boudet
BP 41
15101 SAINT-FLOUR CEDEX

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Coller ici
une photo
récente

ÉLÈVE

NOM (*en capitales*)

Prénoms (*souligner le prénom usuel*) :

Né(e) le : à : Département :

Pays (*si étranger*) : Nationalité :

N° Tél :

Mail : @

FAMILLE

Monsieur ou Madame (*parents ou tuteurs*):

Adresse complète :

N° Tél Domicile : N° Tél Lieu de travail :

Mail : @

Profession du père :

Profession de la mère :

ORIGINE SCOLAIRE

Etablissement fréquenté actuellement :

Adresse complète :

Classe :

Professeur Principal :

Professeur EPS :

Date et Signature

Elève

Date et Signature

Responsable

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES :

ORIENTATION SOUHAITÉE EN 2021 – 2022 :

Formations générales et technologiques		Formations professionnelles	
Seconde	Première	Bac professionnel 3 ans	
		Secteur industriel	Secteur tertiaire
<input type="checkbox"/> 2GT (Générale Et Technologique)	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Générale <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Technologique (STMG)	<input type="checkbox"/> M.E.I (Maintenance des Equipements Industriels)	<input type="checkbox"/> G.A. (Gestion Administration)
Langue vivante 1 : Langue vivante 2 :			

Cocher la case correspondante à votre choix

Régime envisagé : Externe ½ pensionnaire Interne

RAPPEL : Pour les élèves boursiers au collège, les demandes de bourses pour le lycée doivent être faites l'année de la 3^{ème}.

- AVIS DU PROFESSEUR -

AVIS du Professeur d'EPS sur la capacité de l'élève à intégrer une section sportive :

- ✓ Participation UNSS « Handball en 2020 / 2021 : Oui Non
- ✓ V.M.A. :
- ✓ Avis sur la capacité de l'élève à suivre les entraînements de la section sportive sur le plan physique mais aussi au niveau comportemental, sur son investissement et sa motivation pour cette discipline :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATE :

NOM & Prénom du Professeur :
Signature,

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS :

Clubs fréquentés :

.....

Ligue :

Comité :

Nom et coordonnées du Président du club :

Nom et coordonnées de l'entraîneur :

..... (numéro de téléphone)

Niveau de jeu / sélection : Ligue Comité Autre

(A ce jour)

Poste occupé :

Taille : Poids : Latéralité droitier

gaucher

Sélections (1/2 zone, zone, ...):

Nombre d'années de pratique « Handball » :

Autres sports pratiqués :

- AVIS DE L'ENTRAINEUR DU CLUB -

Avis de l'entraîneur sur la capacité de l'élève à suivre les entrainements à la section sportive au niveau physique, sur le plan comportemental, sur l'investissement, la motivation et la présence aux entrainements :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE :

NOM & Prénom de l'entraîneur du club :
Signature,

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné ce jour

NOM :

Prénom :

et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique :

....., dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date

Signature et cachet du médecin

FICHE MÉDICALE EN VUE D'UNE INTÉGRATION À LA SECTION SPORTIVE « HANDBALL »

(Fiche élaborée à partir du bulletin officiel n° 18 du 01-05-2003 et de la fiche proposée par la Société Française de Médecine du Sport)

Rappel : Pour suivre une section sportive, un examen médical annuel doit impérativement être réalisé par un médecin du sport pour la rentrée scolaire.

Nom : Prénom : Domicile : Date de naissance :	Discipline pratiquée : Nombres d'heures/semaine : Sur classement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Double sur classement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--	---

Historique médical et traumatologique :

Hospitalisation(s) pour maladie :

Date	Diagnostic	Traitement	Durée de l'arrêt	Séquelles

Hospitalisation(s) pour intervention(s) chirurgicale(s) :

Date	Localisation	Diagnostic	Traitement	Durée de l'arrêt

Arrêt(s) sportif(s) pour blessure(s) :

Date	Localisation	Diagnostic	Traitement	Durée de l'arrêt

Douleur(s) chronique(s) gênant la pratique :

Date	Localisation	Diagnostic	Traitement	Durée de l'arrêt

Coordonnées des chirurgiens, médecins, kinésithérapeutes qui peuvent apporter leur concours à la bonne gestion des soins qui vous sont prodigués :

NOM	Adresse	Ville / Code postal	Téléphone

Traitement en cours :	Autre(s) discipline(s) pratiquée(s) :
	Carnet de santé présenté : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PARTIE À FAIRE COMPLÉTER PAR UN MÉDECIN DU SPORT

Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale :
Examen cardio-vasculaire : <ul style="list-style-type: none">- Recherche d'un souffle cardiaque (position couchée et debout) :- Palpation des fémorales :- Signes cliniques de <i>syndrome de Marfan</i> :- Mesure de la pression artérielle aux deux bras (position assise) :- Facteurs de risque :- Signes fonctionnels :- Fréquence cardiaque de repos :- ECG de repos (obligatoire la 1^{ère} année d'inscription) :- Test d'effort si nécessaire :
Examen appareil respiratoire : <ul style="list-style-type: none">- Perméabilité nasale :- Auscultation : <p style="text-align: right;">Asthme :</p>

Évaluation de la croissance et de la maturation : Taille Poids IMC

- Examen morpho-statique et anthropométrique :
- Maturation pubertaire (critères de Tanner) :

Plis cutanés avec pourcentage de masse grasse :

Ostéo-articulaire :

✓ **Etat articulaire :**

Laxités : Cheville D G Genou D G Doigts (...) D G Coude D G Epaule D G

Autres :

Douleurs : Sacro-iliaque D G Vertébrale L D C Genou D G Cheville D

✓ **Déformations :**

Rachis : Lordose Cyphose Scoliose D G

Bassin : Bascule D G par inégalité : membre inférieur D G plus grand (.....mm)
Par vrillage du bassin : aile iliaque antériorisée D G

Genou : Varum D G Récurvatum D G Valgum D G Flessum D

Pied : Arrière pied : Valgus / varus D G

Médio pied : Creux / plat / affaissé D G

Orteils : griffe / Hallus D G

✓ **Etat musculaire :**

Douleur : Lombaire D G Dorsale D G Cervicale D G Autre :

Asymétrie: D G Epaule / Avant bras Quadriceps / Mollet

Abdominaux / Dorsaux Pectoraux / Dorsaux

Par vrillage du bassin : aile iliaque antériorisée D G

Souplesse antérieure (Distance mains – sol en flexion antérieure, jambes tendues) : + / - cm

Examen dentaire

Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)

Dépistage des troubles visuels : OD OG Correction Lunettes Lentilles

Dépistage des troubles auditifs : Oreille droite Oreille gauche

Autres (Abdomen, ...) :

Bilan des vaccinations :

Hygiène de vie (Tabac, ...) :

Date de la visite

Cachet et signature du médecin