

## Dossier de candidature

### « HANDBALL »

*Année scolaire 2022 - 2023*

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 (photocopies)
  
- Bulletins de notes des deux premiers trimestres ou semestres de l'année scolaire 2021-2022
- Bulletins de notes des trois trimestres ou 2 semestres de l'année scolaire 2020-2021
- Relevé d'absences pour l'année en cours.

Ce dossier doit parvenir complet au plus tard le :

**Vendredi 13 Mai 2022**

**TEST d'ENTRÉE LE MERCREDI 18 Mai 2022 à 13h30**

**Gymnase Intercommunal**

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 <sup>ère</sup> Générale  <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup>.

## - AVIS DU PROFESSEUR -

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

- ✓ Participation UNSS « Handball en 2021 / 2022 :             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 entraînements à la section sportive au niveau physique, sur le plan comportemental, sur l'investissement, la motivation et la présence aux entraînements :**

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

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

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

✓ **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 G

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