



DOSSIER DE CANDIDATURE

à renvoyer par la poste à:
HCCP : Hockey Club de Cergy-Pontoise
33 Avenue de la Plaine des Sports
95800 Cergy



Avant le 19 Avril 2019

FICHE DE RENSEIGNEMENT JOUEUR

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : __/__/__ Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

Département : _____ Code Postal : _____

Ville : _____

PROFESSIONS

Du père : _____ De la mère : _____

CONTACTS

Du Père : Domicile: __/__/__/__/__ Travail: __/__/__/__/__
Portable: __/__/__/__/__ Fax: __/__/__/__/__
E-mail: _____

De la mère : Domicile: __/__/__/__/__ Travail: __/__/__/__/__
Portable: __/__/__/__/__ Fax: __/__/__/__/__
E-mail: _____

Du joueur : Portable: __/__/__/__/__
E-mail: _____

Autre personne, précisez : _____ Portable: __/__/__/__/__

N° de sécurité sociale : _____ / _____

HOCKEY CLUB DE CERGY-PONTOISE
33 Avenue de la Plaine des Sports
95 800 Cergy
www.lesiokers.net



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 de l'Académie du
HCCP le **MERCREDI 8 MAI 2019**.*

*Par ailleurs, je décharge et libère de toutes ses responsabilités,
le Hockey Club de Cergy-Pontoise, en cas d'accident de
quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune
exception, au cours de ces sélections.*

Fait à....., le...../...../2019

Signature :

Merci de nous retourner ce document avant le 19 Avril 2019
Académie du HCCP
Aren'ice, 33 Avenue de la Plaine des Sports
95800 Cergy



RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

N° de licence : _____

Nom du club actuel : _____

Entraîneur actuel : _____ Téléphone : _____

Nombre d'années de hockey : _____ ans

Tu joues : Gaucher Droitier
 Arrière Avant Gardien

Pourquoi souhaites-tu intégrer l'Académie ?

Quelles sont tes ambitions sportives ?

Pratiques-tu ou as tu pratiqué d'autres sports autre que le Hockey sur Glace ?

Non
 Oui, précise : _____

As-tu déjà participé 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		COMPETITION
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 et Tournois
SAISON 13-14						
SAISON 14-15						
SAISON 15-16						
SAISON 16-17						
SAISON 17-18						
SAISON 18-19						



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

	CLASSE	ETABLISSEMENT - ADRESSES
Année 12-13		
Année 13-14		
Année 14-15		
Année 15-16		
Année 16-17		
Année 17-18		
Année 18-19		

Joindre :

Bulletins scolaires 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 ?

Quel travail aimerais-tu faire plus tard ?



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 Personne (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 2017-2018 :

- Un bilan médical a-t-il été fait ? non oui
- Es-tu sportif de haut niveau ? non oui
- Depuis quelle date ? __/__/____ DEPUIS 1981
- As-tu fait une échographie cardiaque ? non oui
- Es-tu en équipe nationale ? non oui
- Pratiques-tu un autre sport ? Lequel ? _____ non oui
- DOPAGE : un test de dépistage a-t-il été fait dans les 2 dernières années ? non oui

HOCKEY CLUB DE CERGY-PONTOISE
33 Avenue de la Plaine des Sports
95 800 Cergy
www.lesiokers.net



Hygiène de l'entraînement :

T'échauffes tu avant ta pratique sportive ? non oui parfois

Fais tu de la musculation ? non oui

Nombre d'heure 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 non oui

Neurologique non oui

Maladie infectieuse non oui

Urologie non oui

Respiratoire non oui

Psychiatrique non oui

Dermato non oui

Ophtalmo non oui

HOCKEY CLUB DE CERGY-PONTOISE

33 Avenue de la Plaine des Sports

95 800 Cergy

www.lesjokers.net



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): _____

Vaccination :

Es-tu à jour de tes vaccins ? non oui ne sait pas

DT Polio: non oui

Hépatite B: non oui

Traitement :

Suis-tu des traitements médicamenteux ? non oui

Si oui, lequel: _____

Sanguin :

As-tu des troubles de la coagulation ? non oui

Quel est ton groupe sanguin, ton rhésus (en cas d'urgence): Groupe: _____

Rh: _____

Condition :

As-tu actuellement des problèmes médicaux (ou des blessures en cours de traitement) ?

non oui

Si oui, lequel: _____

As-tu eu des examens médicaux récemment (ou prise de sang) ?

non oui

Si oui, lequel: _____

Habitude de vie :

As-tu un sommeil de qualité ? non oui

Nombre d'heure: _____

Tabac : fumes-tu actuellement ? non oui, combien par jour ? _____

Alcool : Consommes-tu des boissons alcoolisées régulièrement ?

non oui

Toxiques : Fais-tu usages 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 régimes alimentaires précis ?

non oui

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.

