



DOSSIER DE CANDIDATURE

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

Avant le 10 Avril 2022

PHOTO

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 : __ / __ / __ / __ / __ mail : _____

De la mère : Domicile : __ / __ / __ / __ / __ Travail : __ / __ / __ / __ / __
Portable : __ / __ / __ / __ / __ mail : _____

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



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 30 AVRIL 2022.

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/...../ 2022

Signature :



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							
17/18							
SAISON							
18/19							
SAISON							
19/20							
SAISON							
20/21							
SAISON							
21/22							



RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

CLASSE	ETABLISSEMENT - ADRESSE
ANNEE 17 - 18	
ANNEE 18 - 19	
ANNEE 19 - 20	
ANNEE 20 - 21	
ANNEE 21 - 22	

Joindre :

Bulletins scolaires du 1er et 2ème trimestre de cette année et des trois trimestres de l'année précédente.

Quel est ton projet scolaire ?

As-tu besoin d'un accompagnement scolaire particulier (PAI / PAP) ?

Quel travail aimerais-tu faire plus tard ?

As-tu d'autres passions mises à part le hockey ?



QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Ce questionnaire doit être rempli de façon rigoureuse et sérieuse à domicile.

Il nous servira de base pour bien vous connaître et mieux vous soigner si besoin.

Il reste du domaine du secret médical et seuls les membres du staff médical du HCCP sont autorisés 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 2021-2022 :

Un bilan médical a-t-il été fait ? non oui
Es-tu sportif de haut niveau ? non oui
Depuis quelle date ? __/__/____
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



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 ? Si oui, non 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 | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Respiratoire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Neurologique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Psychiatrique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Maladie infectieuse | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Dermato | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Urologie | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Ophtalmo | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |



Portes-tu des lentilles ? non oui

Troubles métaboliques (diabète, cholestérol, acide urique, obésité...) : _____

Troubles endocriniens (thyroïde, surrénales, hypophyse...) : _____

Troubles dys (dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyscalculie...) : _____

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

COVID-19 : 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 : Consomes-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

non

oui

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

Fait à : _____ le __ / __ / ____

Signature du sportif

Signature des parents (si mineur)



LETTRE DE MOTIVATION

Rédigez ci-dessous votre lettre de motivation.