

DOSSIER DE CANDIDATURE AU



ESPOIRS HANDBALL DE MARTINIQUE

A RETOURNER AVANT LE 1er AVRIL 2013 DERNIER DELAI
à Virginie LAMANT
Responsable du Pôle Espoirs Handball
Ligue de Handball, pointe de la Vierge - 97200 Fort de France

IMPORTANT ! Joindre vos 2 premiers bulletins, un courrier de demande de dérogation à la carte scolaire et la fiche navette à récupérer dans votre établissement d'origine.

PHOTO

A

COLLER

IDENTITE DU CANDIDAT(E)

NOM.....

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....A.....

NATIONALITE.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL.....COMMUNE.....

TEL PORTABLE.....

E-MAIL (du candidat).....

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

ETABLISSEMENT SCOLAIRE ACTUEL.....
.....
ADRESSE.....
CODE POSTAL.....COMMUNE.....
TEL.....
CLASSE ACTUELLE.....
REDOUBLEMENT OUI - NON
ANNEE.....
CLASSE.....
RAISONS.....
BOURSIER OUI - NON
CLASSE ENVISAGEE L'ANNEE PROCHAINE.....
LV1.....LV2.....
OPTION 1..... OPTION 2.....

Joindre les photocopies des 2 premiers bulletins trimestriels au dossier

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

CLUB.....
NOM ET COORDONNEES DU PRESIDENT.....
.....
NOM ET COORDONNEES DE L'ENTRAINEUR.....
.....
EQUIPE 2012-13.....NIVEAU DE JEU.....
NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE HANDBALL.....
POSTE(S) DE JEU 1/.....2/.....
TAILLE.....POIDS.....DROITIER - GAUCHER
SELECTION INTER COMITE OUI - NON
SELECTION INTER LIGUE OUI - NON
STAGE DE ZONE OUI - NON
STAGE NATIONAL OUI - NON
AUTRES SPORTS PRATIQUES (préciser nombre d'années et niveau).....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Les renseignements ci-après sont destinés à mieux gérer l'athlète en cas d'intégration au Pôle et sont destinés à l'équipe médicale du Pôle.

Allergie.....

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

Opérations chirurgicales (préciser la date et le lieu)

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

Entorses ou foulures (préciser la date, le membre et le coté)

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

Avez-vous suivi des séances de kinésithérapie (rééducation)

.....
.....

Souffrez-vous parfois des chevilles, des genoux, du dos (précisez) ?

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

Autres éléments médicaux que vous souhaiteriez porter à la connaissance du médecin

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