



Les Cours  
Saint Joseph  
Notre Dame

## FICHE SIGNALÉTIQUE

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

PHOTO

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom du responsable légal 1 :  
\_\_\_\_\_

Prénom du responsable légal 1 :  
\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom du responsable légal 2 :  
\_\_\_\_\_

Prénom du responsable légal 2 :  
\_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

COURS St JOSEPH – NOTRE DAME

Adresse postale : 9, Rue d'Ernemont – 76 000 ROUEN

Tél : 02 35 71 56 03 / Email : [0761717d@ac-rouen.fr](mailto:0761717d@ac-rouen.fr) / Site : <http://notre-dame-rouen-col.spip.ac-rouen.fr/>



Les Cours  
Saint Joseph  
Notre Dame

## RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Club : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du président :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du responsable sportif et/ou entraîneur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Poste(s) habituel(s) :  GB  ALG  ARG  DC  ARD  ALD  PIV

Latéralité : GAUCHER - DROITIER

Taille : \_\_\_\_ m \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kgs

Nombre d'années de pratique : \_\_\_\_\_

Nombre d'entraînements hebdomadaires : \_\_\_\_\_

Catégorie de pratique 2018-2019 : \_\_\_\_\_

Niveau de pratique 2018-2019 : \_\_\_\_\_

Si sélection(s), merci de bien vouloir l'indiquer (Comité, Ligue) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez définir en quelques lignes votre projet Sportif :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COURS St JOSEPH – NOTRE DAME

Adresse postale : 9, Rue d'Ernemont – 76 000 ROUEN

Tél : 02 35 71 56 03 / Email : [0761717d@ac-rouen.fr](mailto:0761717d@ac-rouen.fr) / Site : <http://notre-dame-rouen-col.spip.ac-rouen.fr/>





Les Cours  
Saint Joseph  
Notre Dame

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

En qualité de : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Port. : \_\_\_\_\_

Port. : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Précisez le(s) cas particuliers : (*Allergies, asthme, diabète, broches, contre-indications médicamenteuses, autres – fournir un certificat médical précisant les pathologies et le protocole à respecter en cas de traitement*)

Acuité visuelle :  Port de lentilles  Port de lunettes

Votre enfant a-t-il été blessé pendant la saison ? Si oui, cette blessure a-t-elle nécessité une intervention chirurgicale et/ou un arrêt ?

Votre enfant suit-il un traitement actuellement ?

Y-a-t-il des antécédents de blessures traumatiques ou non ?

- Les informations de ce dossier ne feront l'objet d'aucun traitement automatique,
- Le responsable du présent fichier est l'organisateur,
- La finalité du recueil de ces informations a pour seul but la meilleure visibilité à l'équipe médicale pour l'entrée en structure
- Aucun autre service, ni aucune autre personne n'aura accès à ces données destinées à être détruites dès la fin des tests.

COURS St JOSEPH – NOTRE DAME

Adresse postale : 9, Rue d'Ernemont – 76 000 ROUEN

Tél : 02 35 71 56 03 / Email : [0761717d@ac-rouen.fr](mailto:0761717d@ac-rouen.fr) / Site : <http://notre-dame-rouen-col.spip.ac-rouen.fr/>



Les Cours  
Saint Joseph  
Notre Dame

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné M. / Mme \_\_\_\_\_

Responsable légal de : \_\_\_\_\_

Autorise les responsables en cas de tests, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale y compris éventuellement l'hospitalisation (le responsable légal sera prévenu immédiatement)

Autorise mon enfant à participer aux éventuels tests de sélection pour le centre d'entraînement Handball Académie ;

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'organisation des tests.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature

Le \_\_\_\_\_

(précédée de la mention "LU ET APPROUVE")

---

### PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

#### Personne 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Personne 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

COURS St JOSEPH – NOTRE DAME

Adresse postale : 9, Rue d'Ernemont – 76 000 ROUEN

Tél : 02 35 71 56 03 / Email : [0761717d@ac-rouen.fr](mailto:0761717d@ac-rouen.fr) / Site : <http://notre-dame-rouen-col.spip.ac-rouen.fr/>