

DOSSIER DE CANDIDATURE PÔLE FRANCE / PÔLE ESPOIR
Saison 2014 /2015

ETAT CIVIL :

NOM, Prénoms :

Date de naissance :..... Nationalité :..... Sexe :

Adresse :.....

Code Postal :

--	--	--	--	--	--

Commune :

N° portable personnel :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse mail personnelle :.....@.....

Êtes-vous à la charge de vos parents ? OUI NON

Parents ou tuteurs légaux :

N° tél travail de la mère : N° portable de la mère :

N° tél travail du père : N° portable du père :

Adresse mail de la mère :

Adresse mail du père :

CHOIX DU PÔLE

Pôle Espoir : préciser le Pôle choisi (préciser la Ligue de rattachement).....

Pôle France : Structure Associée Tours Pôle France Nancy Pôle France Nantes Pôle France Insep

SITUATION SPORTIVE

Club saison 2013/2014 :

Ligue :

Nom du Président du club :

Adresse :

Code Postal : Commune :

N° tél. club :

Adresse mail club :

Nom et Prénom de l'Entraîneur :

Tel mobile de l'Entraîneur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse mail de l'Entraîneur :.....@.....

Joueur (joueuse) Professionnel(le) sous contrat : OUI NON

Classement Actuel :françaismondial

Meilleures Performances Obtenues :

.....

.....

SITUATION SOCIO PROFESSIONNELLE

Collégien(ne) : Lycéen(ne) : Etudiant(e) : (cocher la case correspondante)

Autre situation (à préciser) :

Modalités d'études actuelles : En établissement : A distance : (cocher la case correspondante)

Etablissement traditionnel ou « à distance » fréquenté actuellement :

Nom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

N°tél :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diplômes obtenus actuellement (Brevet, Baccalauréat, Études supérieures...) :

Êtes-vous boursier(e) : OUI NON (cocher la case correspondante)

Classe actuelle :

Etudes envisagées l'an prochain :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1. Contacts en cas d'urgence :

NOM Prénom	Tél. domicile	Tél. travail	Mobile

2. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins	OUI	NON	Derniers rappels	Vaccins	Dates
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche				Rubéole / Oreillons / Rougeole	
OU DT Polio				Hépatite B	
BCG				Autres (préciser)	

3. Renseignements médicaux concernant le (la) pongiste ?

Le (la) pongiste a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

