



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME
Section Centre de Formation Amiens
Rue Caumartin BP 80704
80007 AMIENS Cedex 1
Fax : 0322225659
Tel. 0322225656
olivierducloshcas@gmail.com

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT CENTRE DE FORMATION AMIENS

<u>NOM</u> : _____	<u>Date de Naissance</u> : ____ / ____ / 19__	
<u>Prénom</u> : _____	<u>Lieu de Naissance</u> : _____	<u>Dept</u> : _____
<u>Adresse</u> : _____ _____		
<u>Code Postal</u> : _____	<u>Ville</u> : _____	

<u>Professions</u> :	
<u>Père</u> : _____	<u>Mère</u> : _____

<u>Contacts</u> :		
<u>Du Père</u> :	<u>Maison</u> : __ / __ / __ / __	<u>Travail</u> : __ / __ / __ / __
	<u>Portable</u> : __ / __ / __ / __	<u>Fax</u> : __ / __ / __ / __
	<u>E-Mail</u> : _____	
<u>De la Mère</u> :	<u>Maison</u> : __ / __ / __ / __	<u>Travail</u> : __ / __ / __ / __
	<u>Portable</u> : __ / __ / __ / __	<u>Fax</u> : __ / __ / __ / __
	<u>E-Mail</u> : _____	
<u>Du Joueur</u> :	<u>Portable</u> : __ / __ / __ / __	
	<u>E-Mail</u> : _____	
<u>Autres Personnes, précisez</u> :	_____ __ / __ / __ / __	

<u>N° Sécurité Sociale</u> : _____ / ____
<u>Adresse</u> : _____



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME
Section Centre de Formation Amiens
Rue Caumartin BP 80704
80007 AMIENS Cedex 1
Fax : 0322225659
Tel. 0322225658

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

NOM : _____ **PRENOM :** _____

N° de Licence : _____

1) **Nom du Club Actuel :** _____
Entraîneur Actuel : _____
Nombre d'années de Hockey : _____ **ans**

2) **Tu Joues :** Right Left
 Défenseur Attaquant Gardien

3) **Pourquoi souhaites-tu intégrer le Centre d'Entraînement d'Amiens ?**

4) **Quels sont tes ambitions sportives ?**

5) **As-tu déjà été sélectionné ?**

Interdépartemental Inter régional Equipe Nationale Non

6) **As-tu déjà participé à des stages de Hockey ?**

Non
 Oui, précise : _____



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME
Section Centre de Formation Amiens
Rue Caumartin BP 80704
80007 AMIENS Cedex 1
Fax : 0322225659
Tel. 0322225658

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

NOM : _____

PRENOM : _____

ANNEE SCOLAIRE	CLASSE FREQUENTEES	ETABLISSEMENT-ADRESSE
<i>ANNEE SCOLAIRE</i> 2011 2012		
<i>ANNEE SCOLAIRE</i> 2012 2013		
<i>ANNEE SCOLAIRE</i> 2013 2014		
<i>ANNEE SCOLAIRE</i> 2014 2015		
<i>ANNEE SCOLAIRE</i> 2015 2016		
<i>ANNEE SCOLAIRE</i> 2016 2017		

1) Quels sont tes ambitions scolaires ?

2) Quelles études souhaites-tu poursuivre après le Collège ?

3) Quelles sont tes ambitions professionnelles ?



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME
Section Centre de Formation Amiens
Rue Caumartin BP 80704
80007 AMIENS Cedex 1
Fax : 0322225659
Tel. 0322225658

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire doit être rempli de façon rigoureuse et sérieuse à domicile. Il nous servira de base pour bien 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.

NOM : _____		PRENOM : _____	
Date de Naissance : __ / __ / __			
Adresse : _____			
Code Postal : _____		Ville : _____	
Tel. Maison : __ / __ / __ / __		Portable : __ / __ / __ / __	
<u>Personne(s) à prévenir en cas d'urgence :</u>			
1) _____		Tel : __ / __ / __ / __	
2) _____		Tel : __ / __ / __ / __	
3) _____		Tel : __ / __ / __ / __	
<u>Médecin Traitant : Dr</u> _____			
Adresse : _____			
Code Postal : _____		Ville : _____	

Un Bilan médical a-t-il été effectué ?

Non Oui

Es-tu sur Liste de Sportif de Haut Niveau ?

Non Oui

As-tu fait une échographie cardiaque ?

Non Oui

Es-tu en Equipe Nationale ?

Non Oui

As-tu fait l'objet d'un suivi longitudinal médical contrôlé ?

Non Oui

Pratiques-tu un autre sport ?

Non Oui

Si oui lequel ? _____

Dopage : As-tu subis un test de dépistage dernièrement ?

Non Oui

As-tu déjà passé du Temps loin de tes parents ?

Non Oui



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME

Section Centre d'Entrainement

Rue Caumartin BP 80704

80007 AMIENS Cedex 1

Fax : 0322225659

Tel. 0322225658

HYGIENE DE L'ENTRAINEMENT :

T'échauffes-tu avant ta pratique sportive ?

Non Oui

Fais-tu de la musculation ?

Non Oui

Nombre d'Heures de Musculation par semaine ?

Fais-tu des étirements après ta pratique sportive ?

Non Oui

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 ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX (précisez) :

- cardio vasculaire : _____

- métabolique (diabète, cholestérol...) : _____

- allergies : _____

- neurologie : _____

- psychiatrie (depression, suicide) : _____

- autres : _____

ANTECEDENTS PERSONNELS :

- chirurgicaux : As-tu déjà subi une intervention chirurgicale ? Non Oui

Si oui, laquelle _____

- autres antécédents : _____



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME
Section Centre de Formation Amiens
Rue Caumartin BP 80704
80007 AMIENS Cedex 1
Fax : 0322225659
Tel. 0322225658

Cardio-vasculaire : _____

Respiratoire : _____

O . R . L . : _____

Neurologique : _____

Psychiatrique : _____

Maladie Infectieuse : _____

Dermatologique : _____

Urologique : _____

Ophtalmologique : _____

Portes-tu des lentilles ? Non Oui

Troubles Métaboliques (diabète, cholestérol, acide urique) : _____

Troubles endocriniens (tyroïde, surrenales, hypophyse) : _____

Antécédents sportifs (blessure...) : _____

Antécédents non sportifs (traumatisme...) : _____

Allergies (asthme, cutanée) : _____

Vaccinations : es-tu à jour de tes vaccins ? Non Oui Ne sais pas
DT Polio Oui Non
Hépatite B Oui Non

Suis-tu des traitements médicamenteux ? _____

As-tu des troubles de la coagulation ? _____

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

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

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

Dernière Visite chez le Dentiste ? _____



HOCKEY CLUB AMIENS SOMME
Section Centre de Formation Amiens
Rue Caumartin BP 80704
80007 AMIENS Cedex 1
Fax : 0322225659
Tel. 0322225658

HABITUDES DE VIE :

As-tu un sommeil de qualité ? Non Oui Nombres d'Heures : _____

Tabac : Fumes-tu actuellement ? Non Oui , combien par jour ? _____

Alcool : Consommes-tu des boissons alcoolisées régulièrement ? Non Oui

Toxiques : Fais-tu usage de stupéfiants ? Non Oui

Alimentaires : Prends-tu des complémentaires vitaminés ? Non Oui

Prends-tu des poudres protéinées ? Non Oui

As-tu des habitudes alimentaires particulières (ou des régimes alimentaires précis) ?

Pratiques-tu une activité sportive l'été ? Laquelle ? _____

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

Si oui, lequel : _____

Fait à _____, le __ / __ / __

Signature du Sportif

Signature des parents