

FICHE DE CANDIDATURE SSA FOOTBALL JULES RIEFFEL

<u>NOM et Prénom</u> <u>du (de la) Candidat (e) :</u>			
<u>Né (e) le :</u>	/ /	<u>à :</u>	()
<u>ADRESSE DU</u> <u>REPRESENTANT LEGAL</u>			
<u>N° DE TELEPHONE :</u>	fixe	mobile	
<u>E.MAIL :</u>	@	@	
N° de Sécurité sociale :			
<u>Je, soussigné(e) :</u>			
<u>représentant(e) légal(e) de l'enfant :</u>			

1 - Demande son inscription sur la liste des candidats à la Section Sportive Animation "Football", l'autorise à participer aux épreuves d'évaluation et m'engage à son intégration dans cette structure, en cas d'admission définitive.

Le Chef d'Etablissement, en accord avec l'Encadrement sportif, pourra décider de son maintien ou non dans la structure en cas de résultats scolaires insuffisants ou en cas d'indiscipline.

2 - D'autre part, **l'engagement dans la section est de deux ans minimum.**

Les élèves de la section sont en outre, tenus de participer, obligatoirement :

- * à toutes les séances d'entraînement programmées au sein de la structure
- * à toutes les activités concernant le bon fonctionnement de la section

Un calendrier de ces actions sera à la disposition des élèves de la Section après chaque période de vacances

En cas de manquement injustifié à ces règles, les élèves concernés seront exclus définitivement de la structure (excepté pour des raisons de blessure ou de maladie constatées médicalement).

3 - En cas d'accident nécessitant une intervention immédiate, tant médicale que chirurgicale (avec ou sans anesthésie) y compris l'hospitalisation, j'autorise (1) le responsable du concours à faire effectuer cette intervention sur avis médical
Je certifie également que mon fils (ma fille) est à jour de ses vaccinations

(1) un refus implique que les parents sont en mesure de prendre en charge immédiatement leur enfant

Fait à :

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" :

le :

DOSSIER SCOLAIRE SSA FOOTBALL JULES RIEFFEL

NOM et Prénom
du (de la) Candidat (e) :

Né (e) le : / / **à :** () **Nationalité :**

Adresse des parents	père		Profession
	N° téléphone	fixe : <input style="width: 150px;" type="text"/> mobile : <input style="width: 150px;" type="text"/> professionnel : <input style="width: 150px;" type="text"/>	
ou tuteurs légaux	mère		Profession
	N° téléphone	fixe : <input style="width: 150px;" type="text"/> mobile : <input style="width: 150px;" type="text"/> professionnel : <input style="width: 150px;" type="text"/>	

<u>CLASSE</u>	<u>SCOLARITE DE L'ANNEE EN COURS</u> (à remplir par le Professeur Principal)
<u>NOM DE L'ETABLISSEMENT</u>	<input style="width: 700px; height: 30px;" type="text"/>
<u>NOM DU PROFESSEUR PRINCIPAL</u>	<input style="width: 600px; height: 30px;" type="text"/>

RESULTATS SCOLAIRES - AVIS SUR LE COMPORTEMENT ET L'APTITUDE A LA VIE DE GROUPE

<u>SCOLARITE SOUHAITEE: (CLASSE DEMANDÉE) =</u>
<u>LANGUES VIVANTES :</u> 1. <input style="width: 300px;" type="text"/> 2. <input style="width: 300px;" type="text"/>

<u>AVIS DE LA COMMISSION D'ADMISSION</u>	FAVORABLE : <input style="width: 50px;" type="text"/>	DEFAVORABLE : <input style="width: 50px;" type="text"/>
Si avis défavorable, motif :		

<u>DECISION DU CHEF D'ETABLISSEMENT</u>	ACCEPTATION : <input style="width: 50px;" type="text"/>	REFUS : <input style="width: 50px;" type="text"/>
--	--	--

N.B. Joindre les photocopies des bulletins trimestriels de l'année en cours

DOSSIER FOOTBALL SSA JULES RIEFFEL

Photo
d'identité

NOM et Prénom
du (de la) Candidat (e) :

Né (e) le : / / **à :** ()

CLUB
ACTUEL : **N° de licence**
F.F.F. :

**Entourer le
poste occupé :**

Poste principal				Second poste			
		1				1	
2	4	5	3	2	4	5	3
7		6	8	7		6	8
		10				10	
	9	11			9	11	

Niveau de pratique : départemental
 régional - national

Pied fort : droit
 gauche

Actuellement, nombre de séances d'entraînement hebdomadaires : 0 1 2
 3 4 5

* entourer les réponses correspondantes

AVIS DE L'EDUCATEUR DU CLUB	très bien	bien	moyen	insuffisant
Aspects techniques				
Aspects tactiques				
Qualités athlétiques				
Comportement - motivation				
Entraînement : assiduité				
Observations sur la capacité à encadrer				

NOM Prénom de l'Educateur du club : **Diplôme Football :** 11° 12° A.S.
 BE1° DEF

Adresse :

N° de téléphone : **E-mail :** @

Signature :

DOSSIER MEDICAL SSA FOOTBALL JULES RIEFFEL

CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné ce jour,

NOM :

Prénom :

et qu'il (elle) ne présente cliniquement aucune contre - indication à la pratique

du football, dans le cadre d' une Section Sportive Animation "Football"
trois séances hebdomadaires dont une séance pédagogique.

Date :

Signature et cachet du Médecin :