

**COMPIEGNE HANDBALL ACADEMIE**

# Dossier d'entrée à L'académie de Handball

---

Compiègne Handball Club

Saison 2021/2022



A joindre avec le dossier :

1 photo d'identité  
Photocopie de la licence  
Copie des 3 bulletins  
Dossier médicale 1 et 2

Compiègne Handball Club : 18 rue le Feron 60200 Compiègne  
Siret : 49497031200018 – APE 9312Z  
Email : [antoine.lachevre@outlook.fr](mailto:antoine.lachevre@outlook.fr)  
Tel : 0664628094  
<http://www.compiegnehbc.com>



# Dossier candidature

## Informations sur le candidat :

**Nom prénom :** .....  
Date de naissance :    /    /                      Lieu :.....  
Nationalité :.....  
Adresse : ..... code postale : .....  
Ville : .....  
Adresse Mail :.....  
Téléphone : / / / / /

### *Père :*

Nom prénom :.....  
Adresse : ..... code postale : .....  
Ville : .....  
Adresse Mail :.....  
Téléphone : / / / / /

### *Mère :*

Nom prénom :.....  
Adresse : ..... code postale : .....  
Ville : .....  
Adresse Mail :.....  
Téléphone : / / / / /

## Renseignements scolaire :

Etablissement scolaire actuel : .....  
Classe actuelle : .....  
Langues envisagées : LV1 : ..... LV2 : ..... LV3 :.....  
Régime souhaitez :

Interne                       Demi -Pensionnaire                       Externe

Code postale :.....  
Ville :.....  
Etude souhaitez après le bac :.....

(Joindre une copie des 3 derniers bulletins)

**Important :** il est recommandé d'effectuer aussi les démarches nécessaires pour inscription dans un autre établissement scolaire dans l'hypothèse d'un refus.



**Renseignements sportifs :**

Club actuel : .....

Equipe en 2019/2020 : .....

Niveau : .....

***Coordonnées de ton entraîneur :***

Nom et prénom :

Numéro de téléphone : / / / /

Adresse mail : .....

***Coordonnées de ton président de club :***

Nom et prénom :

Numéro de téléphone : / / / /

Adresse mail : .....

***Ton parcours de Handballeur :***

Nombre d'années de pratiques : .....

Poste 1 : ..... Poste 2 : ..... Poste 3 : .....

Taille : ..... Poids .....

Droitier / Gaucher (entourez)

Autres sports pratiqués en club : .....

***Tes sélections :***

Départementales : .....

Ligues .....

Autres : .....



# Dossier Médicale :

Partie 1 à remplir par le candidat

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : / /

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro de Mutuelle : .....

## Historique médicale et traumatologique

*(Toutes informations demandées permettent de mieux appréhender le risque de blessures lors de la pratique sportive intensive. Merci d'y apporter la rigueur nécessaire.)*

- **Hospitalisation(s) pour maladie(s) :**

Date	Diagnostique	Traitement	Durée de l'arrêt	Séquelles

- **Hospitalisation(s) pour Intervention(s) chirurgicale(s)**

Date	Localisation	Traitement	Traitement	Durée

- **Arrêt(s) sportif(s) pour blessure(s) :** (plus de trois semaines)

Date	Localisation	Diagnostique	Traitement	Séquelles



- **Douleur(s) chronique(s) gênant la pratique :**

Localisation	Date de début	Durée	Soin(s) entrepris	Consultation

- **Autres éléments diagnostiqués (troubles du comportement, de l'attention, dyslexie...) qui doivent être portés à notre connaissance.**

Date	Localisation	Traitement	Traitement	Durée

- **Coordonnées médecins , chirurgiens, kinésithérapeutes** (qui peuvent apporter leur concours à la bonne gestion des soins qui vous ont été prodigué).

Nom	Prénom	Tel	mail



## Document Visite médicale :

A remplir par le médecin examinateur.

### ▪ **Morphométrie :**

Taille : ..... Poids : ..... Envergure : ..... Empan : .....

Pointure : .....

### ▪ **Immunité :**

Allergie(s) : .....

Asthme d'effort : .....

Vaccination (date des derniers rappels) :

BCG :

DT Polio :

Hépatite B :

Autres : .....

### ▪ **Cardio-Vasculaire :**

Pression artérielle de repos : .....

Fréquence cardiaque de repos : .....

ECG 12 dérivation (joindre le tracé) : .....

Anomalies vasculaires : .....

### ▪ **Ostéo-articulaire :** (entourer la (les) localisation(s) affectée(s))

#### **Etat articulaire :**

Laxités : Cheville D G - Genou D G – Doigts ( ..... ) D G – Coude D G - Epaule D G

Autres : .....

Douleurs : Sacro-iliaque D G – Vertébrale L D C – Genou D G - Cheville D G

### ▪ **Déformations :**

**Rachis** : Lordose – Cyphose – Scoliose D G

**Bassin** : Bascule D G par inégalité : membre inférieur D G plus grand (.....mm)

**Par Vrillage du bassin** : Aile Iliaque intériorisée D G

**Genou** : Varum D G – Recurvatum D G – Valgum D G - Flessum D G

**Pied** : Arrière pied : Valgus / Varus D G – Médio Pieds : Creux / Plat / Affaissé D G .

**Orteils** : Griffes : Hallus D



▪ **Etat musculaire :**

**Douleur :** Lombaire D G – Dorsale D G – Cervicale D G – Autre .....

**Asymétrie :** Droite / Gauche – Epaule / Avant-bras Quadriceps / mollet – abdominaux / Dorsaux – Pectoraux / dorsaux.

**Souplesse antérieur:** (distance mains-sol en flexion antérieure, jambes tendues) +/- .....cm

▪ **Hygiène de vie :** (cocher la case correspondante)

**Cigarette :** Non  Oui

**Café – thé – autre excitants :** Non  Oui

**Prise régulière de médicaments** (cure de plus de 15 jours) : Non  Oui

Si oui, Le ou lesquels et pour combien de temps : .....

▪ **Alimentation :** (cocher les cases)

	Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup
<b>Petit déjeuné</b>				
<b>Déjeuner</b>				
<b>Collation</b>				
<b>Dîner</b>				
<b>Hydratation journalière</b>				

▪ **Repos :**

**Sommeil** (difficultés d'endormissement): Non  Oui

**Réveils Nocturnes :** Non  Oui

**Réveil :** Pleine forme  difficile  fatigué

## Certificat médical de non contre indication

**A rédiger par le médecin**

Je soussigné, Docteur ..... Certifie avoir examiné ce jour M. .... et n'avoir décelé aucune contre-indication médicale à la pratique du Handball dans la structure d'entraînement précitée et, suite à l'ensemble des examens demandés et vérifiés, mis en évidence aucune restriction à la charge de travail de 2 heures quotidiennes.

Date et Lieu : .....

**Signature et cachet :**



## Dossier médicale partie 2

A joindre au dossier de candidature

### **Bilan Ophtalmologique** : (pouvant être réalisé par le médecin généraliste)

Date de l'examen : .... / .... / ....

Acuité visuelle (sc) : OD : ..... OG : .....

Anomalie(s) constatée(s) : .....

Correction : .....

Peut jouer avec : Oui  Non

Signature et cachet :

### **Bilan Dentaire** :

Date de l'examen : .... / .... / ....

Panoramique dentaire : Oui  Non

Observation(s) : .....

Soins à effectuer : .....

Signature et cachet :

### **Maturité osseuse** :

Date de l'examen : .... / .... / ....

Faire pratiquer radiographie du poignet et de la

Main gauche (à joindre au dossier).

Méthode utilisée : .....

Age osseux déterminé : .....

Signature et cachet :