

# SECTION SPORTIVE KAYAK POLO RENTRÉE 2022

*NOM et Prénom du Candidat* : .....

*Date de naissance* : .....

*Adresse* : .....

*Code Postal* : ..... *Ville* : .....

*Téléphone* : .....

*Etablissement d'origine* : .....

*Adresse* : .....

*Code Postal* : ..... *Ville* : .....

*Téléphone* : .....

→ Dossier à retourner au Lycée **AVANT LE 20 MAI 2022, de préférence par mail : [ce.0142120d@ac-caen.fr](mailto:ce.0142120d@ac-caen.fr)** (ou par la poste, Lycée Charles Tellier – Route de Vire – **14 110 CONDE EN NORMANDIE**)

**FICHE MÉDICALE  
EN VUE D'UNE SCOLARITÉ  
EN SECTION SPORTI-VE SCOLAIRE  
Renseignements obligatoires BO N° 22 du 29 Mai 2003**

**A remettre sous pli fermé portant la mention CONFIDENTIEL DOSSIER MEDICAL**

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

DISCIPLINE(S) PRATIQUEE(S) : .....

Nombres d'heures : .....

Autre DISCIPLINE(S) PRATIQUEE(S) : .....

Antécédents médicaux .....

Antécédents chirurgicaux .....

Traitement en cours .....

Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale .....

Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout) .....

Examen pulmonaire .....

ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription) .....

Evaluation de la croissance et de la maturation : .....

- Examen morpho-statique et anthropométrique .....
- Maturation pubertaire (critère de Tanner) .....

Plis cutanés .....

Examen de l'appareil locomoteur .....

Examen podologique.....

Examen dentaire .....

Examen neurologique (latéralité, tonus, ...) .....

Dépistage des troubles visuels .....  
Dépistage des troubles auditifs .....  
Autres (abdomen, etc.) .....  
Bilan des vaccinations .....  
Conseils diététiques (si besoin) .....  
Bandelette urinaire (glucose, protéines,...) .....

### **Certificat médical de non-contre-indication**

Je, soussigné, docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour

NOM ..... Prénom .....

Et qu'il (qu'elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique du Kayak Polo dans le cadre de la section sportive scolaire.

**Signature du médecin**, titulaire du CES de médecine du Sport ou de la capacité en médecine et biologie du Sport ou du diplôme d'étude spécialisée complémentaire de médecin du Sport.

DATE :

# VOLET SCOLAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ETABLISSEMENT FREQUENTE CETTE ANNEE : .....

CLASSE(S) REDOUBLEE(S) : .....

ORIENTATION SCOLAIRE PREVUE : .....

REGIME ENVISAGE :  INTERNAT  DEMI-PENSION  EXTERNAT

**AVIS DU PROFESSEUR PRINCIPAL AU VU DES DEUX TRIMESTRE :**

TRES FAVORABLE  FAVORABLE  DEFAVORABLE

**NOM et SIGNATURE DU PROFESSEUR PRINCIPAL :**

**AVIS DU PROFESSEUR D'E.P.S. :**

TRES FAVORABLE  FAVORABLE  DEFAVORABLE

+ Faire parvenir une photocopie des bulletins du premier et deuxième trimestre.

**AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT :**

NOM et signature,

Cachet de l'Etablissement,



# VOLET SPORTIF

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NIVEAU DE PRATIQUE EN KAYAK POLO :

CATEGORIE	PERFORMANCE	DATE	UNSS-UGSEL ou F.F.C.K

AUTRES PRATIQUES EN CANOE KAYAK :

DISCIPLINES	PERFORMANCES	DATE	UNSS-UGSEL ou F.F.C.K

AUTRES PRATIQUES SPORTIVES EVENTUELLES :

DISCIPLINES	PERFORMANCES	DATE	UNSS-UGSEL ou autres

**LICENCIE EN CLUB :**

CLUB : .....

ADRESSE : .....

NOM ET ADRESSE DE L'ENTRAINEUR : .....

.....

NOMBRE D'ENTRAINEMENTS EFFECTUES CHAQUE SEMAINE : .....

**N.B.** : L'athlète entrant dans la section sportive s'engage à participer aux compétitions UNSS sous les couleurs du Lycée Charles Tellier de CONDE SUR NOIREAU.