

Les aptitudes à suivre une scolarité en section sportive

AVIS DU PROFESSEUR PRINCIPAL (concernant le travail scolaire)

AVIS DU PROFESSEUR d'E.P.S.

AVIS DE L'ENTRAINEUR DE FOOTBALL

A remplir par le candidat

Mon orientation professionnelle (Ce que je veux faire comme études pour quel travail) ? :

Mes objectifs en football :

MES 3 VŒUX D'ORIENTATION (Dans un des 4 établissements partenaires)

LP PATU DE ROSEMONT LEGT A BOUVET LPO BRAS FUSIL LPO SAINT BENOIT 4

Pour vos choix d'orientation, pensez à indiquer le libellé exact de la classe et le cursus envisagé.

	CLASSES	OPTIONS (Si nécessaire)	ETABLISSEMENTS
1			
2			
3			

La fiche médicale en vue d'une scolarité en section sportive

Discipline pratiquée	FOOTBALL	Autre discipline pratiquée :		
Nombres d'heures	_____Heures/ semaine			
Nom		Prénom		
Date de naissance	/ / 19__			
Adresse				
* Entourer la mention valable	Surclassement *	oui	non	
	Double surclassement *	oui	non	
Antécédents médicaux				
Antécédents chirurgicaux				
Traitement en cours				
Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale :				
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout) :				
ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription)				
Examen pulmonaire				
Évaluation de la croissance et de la maturation :				
Plis cutanés:				
Examen podologique :				
Examen neurologique (latéralité, tonus, ...) :				
Dépistage des troubles auditifs :				
Bilan des vaccinations :				
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				
dans le cadre de la section sportive scolaire				
				Signature du médecin

