



LYCEE XAVIER MARMIER
53 rue de Doubs - 25300 PONTARLIER
03 81 46 94 80
ce.D2500431@ac-besancon.fr

CA PONTARLIER FOOTBALL
l'avenue du stade- 25300 PONTARLIER
03 81 46 75 89
pontarlierca.foot@orange.fr



DOSSIER D'INSCRIPTION SECTION SPORTIVE SCOLAIRE FOOTBALL SAISON 2021/2022

TESTS D'ENTREE le mercredi 19 mai 2021

LYCEE
FILLES

PARTENAIRES:



RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET SCOLAIRES

NOM : -----

Prénom : -----

Né le :/...../..... À -----

Nationalité : -----

Tél portable : -----

@ : -----

Responsable légal:
Père - Mère - Tuteur

NOM : -----

Prénom : -----

Adresse postale : -----

Tél domicile : -----

Tél portable : -----

Tél autre : -----

Mail : -----

Ecrire de manière la plus lisible possible.

Régime demandé (I)

(I) Cocher la case correspondante

Externe

Demi pensionnaire

Interne

Langues vivantes (I) :

LVI :

Anglais

Allemand

LV 2 :

Anglais

Allemand

Espagnol

Italien

Classe demandée (I)

2^{nde} Générale

2^{nde} Professionnelle

2^{nde} GATL

2^{nde} MRC

1^{ère} Générale

1^{ère} Technologique

ouverture

1^{ère} STMG

1^{ère} ST2S

1^{ère} Professionnelle

ouverture

1^{ère} MCV

1^{ère} MA

1^{ère} AGOrA

Term Générale

Term Technologique

Term Professionnelle

Term MCV

Term AGOrA

CLASSES :	Nom des établissements fréquentés :	Années scolaires :
6 ^{ème}		20__ / 20__
5 ^{ème}		20__ / 20__
4 ^{ème}		20__ / 20__
3 ^{ème}		20__ / 20__
2 ^{nde}		20__ / 20__
1 ^{ère}		20__ / 20__

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES (suite)

NOM : Prénom: Classe :

APPRECIATIONS RESUMEES PAR : TB, B, M, P, F (Très bien, Bien, Moyen, Passable, Faible)

Le professeur principal:	Capacités à s'investir	Capacités à s'organiser	Participation, dynamisme	Avis motivé sur les pronostics de réussite en enseignement général et en section sportive
Le professeur d'EPS	Capacités à s'investir dans les différentes APSA	Capacité à évaluer ses possibilités	Capacité à apprendre de nouvelles habiletés gestuelles	Avis motivé du professeur d'EPS

Avis du chef d'établissement d'origine :

Cachet - Visa de l'établissement

RENSEIGNEMENTS SPORTIFS

Caractéristiques techniques et connaissances du joueur

(1) Veuillez entourer la réponse

NOM :		PRENOM:	
Date de Naissance:		Lieu de naissance :	
Club actuel :		Catégorie actuelle :	
Niveau de compétition:	<ul style="list-style-type: none"> • National • Régional • District 	Pied fort (1) :	Gaucher / Droitier
Actuellement en section sportive :	<ul style="list-style-type: none"> • OUI • NON 	Si OUI, lieu de la section :	
Fréquence d'entraînement:	<ul style="list-style-type: none"> • Jours ; • Horaires ; • Durée : 	Poste (1) ;	<ul style="list-style-type: none"> • Milieu défensif • Milieu relayeur • Ailier gauche / Ailier droit • Attaquant
	U15	U14	U13
Détections / Sélections (1) :	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} tour • Stage inter-secteur • Stage régional • Equipe régionale • Concours Pôle Espoirs 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} tour • Stage inter-secteur • Stage régional • Equipe régionale • Espoirs du Foot 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} tour • Stage inter-secteur • Stage régional
Blessures antérieures :			
Saisons sportives	Club	Niveau de pratique	Section Sportive (oui / non)
2020/ 2021			
2019 / 2020			
2018 / 2019			
2017 / 2018			

Avis de l'éducateur actuel :



SECTION SPORTIVE



AUTORISATION PARENTALE ET MEDICALE

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné :
autorise ma fille :

à participer au concours de la section sportive lycée qui aura lieu au Stade Paul Robbe de Pontarlier, le mercredi 19 mai 2021.

Je dégage de toute responsabilité les organisateurs du rassemblement en cas de non-respect, par ma fille, du règlement intérieur du Concours.

Signature du représentant légal :

AUTORISATION MEDICALE

En cas d'urgence, j'autorise les responsables de la journée à prendre toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé de ma fille, et à la diriger vers l'établissement hospitalier le plus proche.

Je certifie que ma fille a fait l'objet d'une vaccination antitétanique (le rappel datant de moins de 5 ans)

N° de sécurité social des parents :

Si allergies à certain médicaments, le préciser :
.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Fait à, le

Le représentant légal

Signature :