ASPTT LIMOGES
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

ASPTT LIMOGES NATATION

N° agrément Jeunesse et Sports : 4120 du 30/05/1949
N° Siret : 345 300 222 000 55
Club affilié à la Fédération Omnisports des ASPTT

DOSSIER DE CANDIDATURE

SECTION D'EXCELLENCE SPORTIVE NATATION

SAISON 24-25

Fiche individuelle de renseignements

JOURNEE DETECTION :
Tests le samedi 13 avril 2024
de 14h00 à 16h00
AQUAPOLIS !

A RENDRE LE 13 AVRIL à MATHIEU PICARD
Lors de la journée DETECTION
AVEC UN CERTIFICAT MEDICAL récent, attestant
d'une non-contre-indication à la pratique quotidienne de la natation ;
Et **la photocopie du bulletin scolaire du 1er trimestre**
(ou un mot de l'instituteur sur le comportement et le suivi scolaire).
+ **2 enveloppes timbrées** à l'adresse du candidat.

ENFANT

NOM	PRENOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	CLASSE ET ETABLISSEMENT EN 23-24

N° agrément Jeunesse et Sports : 4120 du 30/05/1949
N° Siret : 345 300 222 000 55
Club affilié à la Fédération Omnisports des ASPTT

PARENTS

Mère
Nom : Prénom :
Adresse postale :
Téléphone :
Mail :
Profession :

Père
Nom : Prénom :
Adresse postale :
Téléphone :
Mail :
Profession :

SITUATION DU CANDIDAT EN 23-24 :

Club :
Nombre d'entrainements par semaine ET nombre d'heures d'entrainements par semaine :

MOTIVATION DU CANDIDAT (à rédiger) :

N° agrément Jeunesse et Sports : 4120 du 30/05/1949
N° Siret : 345 300 222 000 55
Club affilié à la Fédération Omnisports des ASPTT

<u>DOCUMENTS A REMETTRE</u> :

- **Ce dossier de candidature, dument rempli et complété.**
- **Le bulletin ou les bulletins trimestriels de l'année en cours.**
- **Une photocopie de la licence sportive en cours.**
- **Le certificat médical de moins de 3 mois.**
- **2 enveloppes timbrées à l'adresse du candidat.**

AUTORISATION PARENTALE

Autorisation de participation aux tests sportifs.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (rayez la mention inutile)
NOM :
PRENOM :
Responsable de l'enfant : _____

L'autorise à participer aux tests sportifs qui auront lieu le 16 mars 2024 à l'Aquapolis.

Fait le [date] :

Signature :

RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**
Adresse :
Code postal : **Ville :**
Tel :
Classe actuelle :
Etablissement :

N° agrément Jeunesse et Sports : 4120 du 30/05/1949
N° Siret : 345 300 222 000 55
Club affilié à la Fédération Omnisports des ASPTT

LV1 : _____ **LV2 : _____**

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM : **PRENOM :** **ADRESSE :** **TEL :** **MAIL :**	**NOM :** **PRENOM :** **ADRESSE :** **TEL :** **MAIL :**

Scolarité envisagée
Les enseignements facultatifs ne sont pas compatibles avec la section sportive (à cocher) :

6ème	5ème	4ème	3ème

ATTESTATION MEDICALE

Document fourni à titre indicatif

Attestation médicale de non-contre-indication (obligatoire pour les tests).

Je soussigné(e), NOM : PRENOM :
Docteur en médecine
Exerçant à :
Atteste que l'enfant :
NOM PRENOM :
Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la natation et aux tests d'entrée dans la section sportive d'excellence.

Fait le [date] :
A [ville] :
Signature médecin et cachet :