



# DOSSIER CANDIDATURE

## Section Scolaire et Sportive Triathlon

6<sup>ème</sup> - 5<sup>ème</sup> - 4<sup>ème</sup> - 3<sup>ème</sup>

Collège Pierre Reverdy – Sablé sur Sarthe (Garçons – Filles)

## RENTRÉE SCOLAIRE 2024

**Dossier à compléter et renvoyer signé à l'adresse suivante :**

SABLÉ TRIATHLON – Mme SARRAZIN  
10 rue sainte Anne -72430 ASNIERES-SUR-VEGRE

**Ou par mail :** [contactpro.sabletriathlon@gmail.com](mailto:contactpro.sabletriathlon@gmail.com)

**Date limite de réception des dossiers : le 31/05/2024**

## LE DOSSIER

Le dossier de candidature en Section Sportive Scolaire Triathlon pour la rentrée 2024 devra répondre aux conditions suivantes :

✓ Être complet et signé, avec :

- 1 fiche « Renseignements généraux » (page 3)
- 1 fiche « Renseignements sportifs » (page 4)
- 1 fiche « Renseignements médicaux » (page 5)
- 1 dossier « Renseignements scolaires » (page 6) + **les bulletins scolaires de l'année en cours**

L'examen des candidatures ne pourra être pris en compte que dans la mesure où les dossiers seront **complets et signés** par les parties concernées.

**Date limite de dépôt du dossier de candidature : 31/05/2024 à l'adresse suivante :**

Sablé Triathlon – Mme SARRAZIN

10 rue Sainte Anne

72430 ASNIERES-SUR-VEGRE

**Ou par mail :** [contactpro.sabletriathlon@gmail.com](mailto:contactpro.sabletriathlon@gmail.com)

## Critères de sélection

- Être licencié à la Fédération Française de Triathlon pour l'année scolaire 2024-2025 dans un club du département de la Sarthe.
- Savoir nager (pas d'apprentissage de la natation en section).

## Réunions d'informations

- Des réunions auront lieu avec le Collège Pierre Reverdy (Sablé-sur-Sarthe) et le club Sablé Triathlon : *dates à confirmer* (les familles seront recontactées).

# FICHE N° 1

## « RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX »

Partie candidat(e)

NOM et Prénom du/de la candidat(e) : .....  Fille  Garçon

Date de Naissance : ...../...../.....

Lieu de Naissance : ..... Pays : .....

### Responsable Légal 1

Nom-Prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Numéro de téléphone fixe : .....

Numéro de portable\* : .....

Adresse mail \*\* : .....

.....

### Responsable Légal 2

Nom-Prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Numéro de téléphone fixe : .....

Numéro de portable\* : .....

Adresse mail \*\* : .....

.....

*\*mention obligatoire*

*\*\*écrire l'adresse mail de façon très lisible*

**Rentrée demandée :**  6<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>

Club actuel : .....

Je soussigné , .....

représentant légal de l'enfant : .....

- demande son inscription sur la liste des candidats de la Section Scolaire et Sportive Triathlon
- et m'engage, en cas d'admission définitive, à son intégration dans cette structure pour un cycle minimum de deux années.

Fait à : .....

Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »

Le : .....

## FICHE N° 2

### « RENSEIGNEMENTS SPORTIFS »

#### Partie candidat(e)

NOM et Prénom du/de la candidat(e) : .....

Date de Naissance : ..... Lieu de Naissance : .....

Club actuel : ..... Catégorie : .....

Numéro de licence F.F.T : ..... Années de pratique (nombre) : .....

#### Partie Encadrant(e) club

NOM/Prénom de l'encadrant(e) : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Adresse Mail : .....

AVIS DE L'ENCADRANT(E)	Très Bien	Bien	Moyen	Insuffisant
Compétences Techniques				
Compétences Tactiques				
Compétences Athlétiques				
Compétences Mentales				
OBSERVATIONS GENERALES				

Fait à : .....

Signature de l'encadrant(e) responsable :

Le : .....

## FICHE N° 3

### « RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX »



#### Partie candidat(e)

NOM et Prénom du/de la candidat(e) : .....

Date de Naissance : ..... Lieu de Naissance : .....

Vaccinations obligatoires (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour) :  Oui  Non

Allergies et/ou troubles alimentaires :  Oui  Non Préciser : .....

P.A.I.  Oui  Non Préciser : .....

Allergie médicamenteuse :  Oui  Non Préciser : .....

Asthme :  Oui  Non Préciser : .....

Autre difficulté de santé :  Oui  Non Préciser : .....

Port de :  Lentilles  Lunettes  Appareil dentaire

**Personne à contacter en cas d'urgence \*** : .....

**Numéro de téléphone \*** : .....

Fait à : ..... Signature du responsable légal :

Le : .....

*\*mentions obligatoires*

#### Partie Médecin référent de l'élève

Médecin Référent : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et déclare le triathlète :

..... apte à la  
pratique compétitive du triathlon pour un cycle de 2 ans au sein d'une Section Sportive Scolaire de triathlon (visite  
contrôle obligatoire tous les ans).

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

Signature et cachet du médecin :

## - DOSSIER SCOLAIRE - triathlon

NOM et Prénom   
 du/de la candidat(e)

Né (e) le  /  /  à  Nationalité

Adresse des parents ou tuteurs légaux	<b>Père</b>		Profession :
	N° téléphone		
	<b>Mère</b>		Profession :
	N° téléphone		

SCOLARITÉ SOUHAITÉE	
<input type="checkbox"/> 6 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup>	LV1 : ..... LV2 : .....

<b>Internat : uniquement pour les 4<sup>ème</sup> / 3<sup>ème</sup></b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SCOLARITÉ DE L'ANNÉE EN COURS		
(À remplir par le Professeur Principal de l'année en cours)		
NOM DE L'ETABLISSEMENT	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
NOM DU PROFESSEUR PRINCIPAL	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	
L'élève bénéficie-t-il d'un dispositif d'accompagnement (FLE, PAI, PAP, PPRE...)?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui – Précisez : .....

RÉSULTATS SCOLAIRES – AVIS SUR LE COMPORTEMENT ET L'APTITUDE À LA VIE DE GROUPE
Signature :

**NB : Joindre les photocopies des bulletins scolaires du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre ou celui du 1<sup>er</sup> semestre accompagné d'un relevé de notes du début du 2<sup>ème</sup> semestre**