



DOSSIER CANDIDATURE

Section Scolaire et Sportive Triathlon

6^{ème} - 5^{ème} - 4^{ème} - 3^{ème}

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

RENTREE 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

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

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^{ème} ☐ 5^{ème} ☐ 4^{ème} ☐ 3^{ème}

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	Père		Profession :
	N° téléphone		
	Mère		Profession :
	N° téléphone		

SCOLARITÉ SOUHAITÉE	
<input type="checkbox"/> 6 ^{ème} <input type="checkbox"/> 5 ^{ème} <input type="checkbox"/> 4 ^{ème} <input type="checkbox"/> 3 ^{ème}	LV1 : LV2 :

Internat : uniquement pour les 4^{ème} / 3^{ème}	
<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		
NOM DU PROFESSEUR PRINCIPAL		
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^{er} et 2^{ème} trimestre ou celui du 1^{er} semestre accompagné d'un relevé de notes du début du 2^{ème} semestre