



# COMITE D'ILE DE FRANCE de la FEDERATION FRANCAISE DE CYCLISME

VELODROME NATIONAL DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES  
1 rue Laurent Fignon 78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX  
Tél. : 01 81 88 08 36  
Site internet : [www.cif-ffc.org](http://www.cif-ffc.org)

## DOSSIER DE CANDIDATURE POLE ESPOIRS ANNEE 2020-2021 CREPS D'ILE DE FRANCE- CHATENAY MALABRY (92)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

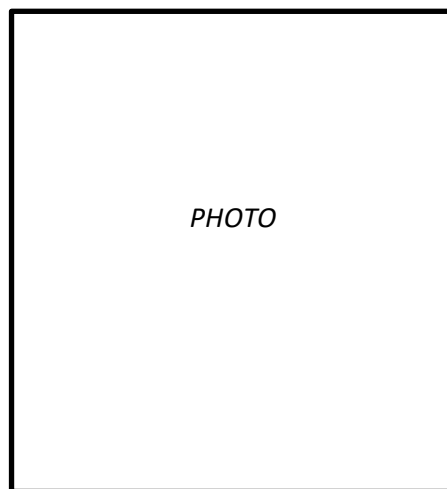
Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Email perso : .....

Email parents : .....

Taille : ..... Poids : .....

Inscrits sur listes de Haut Niveau  Oui  Non Catégorie en 2020 : .....



### Renseignement scolaires

Coordonnées de l'établissement fréquenté en 2019/2020 : .....

Filière suivie et classe : .....

Coordonnées Professeur principal : .....

### **Etudes souhaitées pour 2020/2021 :**

Vœux 1 .....

Vœux 2 .....

Vœux 3 .....

Options langues : 1 ..... 2..... 3.....

**Renseignement sportifs**

**Disciplines pratiquées :**

ROUTE       PISTE       VTT       CYCLO-CROSS       AUTRES .....

**Catégorie en 2020 :** .....

**Coordonnées du/des personnes (entraîneur...) responsable de votre activité (Nom, Prénom, Mail, Tél):** .....

.....  
.....

**Semaine type d'entraînement :**

Lundi.....Mardi.....

Mercredi.....Jeudi.....

Vendredi.....Samedi.....

Dimanche.....

**Autres pratiques et nombres d'heures de pratiques moyennes (natation, musculation...)** : .....

.....  
.....

**Palmarès (saison 2018-2019-2020) :** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je, soussigné (e) : .....

Représentant légal de : .....

- ✓ Certifie l'exactitude des informations du dossier
- ✓ S'engage à régler l'intégralité des frais d'hébergement, restauration liés aux frais de fonctionnement du CREPS (5800 euros environ annuels, paiement mensuel) dans le cas où le candidat serait retenu
- ✓ Certifie avoir pris connaissance du dossier « Présentation Pôle Espoirs », téléchargeable sur le site du CIF

Date et signature :

**Dossier complet à renvoyer avant le 1<sup>er</sup> avril 2020 à :**

Comité d'Ile de France de Cyclisme  
1 rue Laurent FIGNON  
78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX

- Dossier de candidature complet et signé (candidat et représentant légal)
- Dernière page signée du dossier de présentation du pôle (téléchargeable sur le site du CIF)
- Lettre de motivation (obligatoire à l'acceptation du dossier)
- Bulletins trimestriels de l'année en cours et de l'année précédente
- Photocopie de la licence en cours
- Fiche de contrôle médical remplie et signée par le médecin du sport
- Echographie cardiaque de moins de 3 mois
- RIB

Après une 1<sup>ère</sup> sélection sur dossier (critères sportifs et scolaires), les candidats seront convoqués pour une évaluation physique et un entretien avec l'entraîneur du pôle Espoirs et le CTS.

Echéancier :

- Dépôt du dossier au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2020
- Fin avril : convocation pour l'évaluation physique + entretien
- Mi-mai : sélection définitive pour la rentrée 2020/2021

# O B L I G A T O I R E

Attention, cette fiche doit être remplie par un médecin du sport. Le passage d'examens en plateau technique de CH, certes intéressant, mais parfois couteux, n'est pas obligatoire.

## MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

### FICHE DE CONTROLE MEDICAL En vue d'une pratique sportive intense

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... à .....

**Domicile :** .....

.....

**Club :** .....

.....

**Discipline pratiquée :** .....

**AGE :** .....

|   |  |
|---|--|
| Antécédents médicaux et chirurgicaux :<br>Vaccinations  |  |
| <b>MORPHOLOGIE</b><br><br>Appareil locomoteur<br>Trouble de la statique<br>Rachis<br>Membres supérieurs<br>Membres inférieurs   | TAILLE : ..... POIDS :<br><br>% masse grasse : ..... |
| <b>APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</b><br><br>Pouls tension artérielle<br>Auscultation ECG<br>Test d'Effort (Ruffier Dickson par ex.) |  |
| <b>APPAREIL RESPIRATOIRE</b><br><br>Spirométrie<br>Auscultation pulmonaire<br>Perméabilité nasale                               |  |
| <b>OBSERVATIONS</b>   |  |

Date :

Signature et Tampon du médecin :